

TELMA MARIA GONÇALVES MENICUCCI

**PÚBLICO E PRIVADO NA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA À  
SAÚDE NO BRASIL: *ATOES, PROCESSOS E TRAJETÓRIA***

Belo Horizonte

Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas/ UFMG

2003

TELMA MARIA GONÇALVES MENICUCCI

**PÚBLICO E PRIVADO NA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA À  
SAÚDE NO BRASIL: *ATORES, PROCESSOS E TRAJETÓRIA***

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Ciências Humanas - Sociologia e Política da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Sociologia e Política.

Orientador: Prof. Renato Raul Boschi  
IUPERJ

Belo Horizonte

Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas/ UFMG

2003

À minha mãe Clarice, grande guerreira, provavelmente meu modelo para não desistir, apesar de as circunstâncias, muitas vezes, me acenarem em sentido oposto. Obrigada, por tudo, em toda a minha vida.

Aos meus filhos, Paulinho, Juliana e Cacá, o sentido mais profundo em qualquer conjuntura e sob quaisquer condições.

## AGRADECIMENTOS

Terminar este trabalho foi uma tarefa penosa, dadas as condições adversas em que foi realizado. Além de minha persistência, cheia de altos e baixos, tropeços e angústias, várias pessoas me ajudaram, e a elas eu gostaria de expressar meu agradecimento. Em primeiro lugar, ao Herbert, que nunca permitiu que eu desanimasse e que foi um colo carinhoso e forte para eu não deixar de levar este projeto à frente, sabendo tolerar as minhas variações de humor, mesmo estando passando por situação semelhante de elaboração de tese, em condições de trabalho nem um pouco favoráveis. Em segundo lugar, ao meu orientador, Renato Boschi, pessoa que me cativou desde a primeira aula, por aliar qualidades que nem sempre andam juntas: a competência incontestável, a experiência profissional incomum e uma grande simplicidade, além do jeito carinhoso e incentivador, sempre valorizando meu trabalho. Custou-me um pouco entender sua forma de orientar, pois quando eu queria colo e direcionamento ele me tratava como igual, induzindo minha reflexão e propiciando meu crescimento intelectual, tornando-se um marco na minha formação. O apoio institucional da Escola de Governo da Fundação João Pinheiro, por intermédio de seus diretores, Ricardo Carneiro e Laura da Veiga, foi fundamental para a finalização deste trabalho. Deles recebi mais do que o suporte institucional. O incentivo afetuoso deles, cada um à sua maneira, foi vital para meu percurso. Às minhas companheiras de trabalho, particularmente Vera, Marly, Vanda e Ruth, meu agradecimento por suprirem minhas ausências e por fazerem o que eu deveria fazer nestes últimos meses, em que o cansaço e a sobreposição de problemas dificultaram meu trabalho profissional. Sem elas o caminho teria sido muito mais difícil. Com a Flávia Brasil, dividi as angústias de estarmos vivendo processos similares, fazendo

nossas teses fora dos padrões vigentes, por isso o final de nossa caminhada tem um sabor coletivo. À Edite Mata Machado, o agradecimento pelo empréstimo de livros clássicos e pelos exemplares da AMS, preciosos para minha pesquisa. Ao Programa de Doutorado, agradeço a tolerância e a confiança do Colegiado e, particularmente, à Fátima Anastasia, por sua contribuição valiosa na pré-defesa, e ao Otávio Dulci, pelo afeto costumeiro e incondicional. À Mercês Somarriba gostaria de agradecer pela sua influência na minha trajetória acadêmica e profissional, expressando minha admiração pela sua seriedade, rigor e complacência. À Miriam, ao Túlio e à Luciana, obrigada por me darem suporte nos caminhos penosos do SPSS e do Excel e por atenderem com paciência as minhas inúmeras exigências – sem vocês grande parte do trabalho não teria sido realizada. Ao Flávio e ao Douglas, pela ajuda solidária na finalização do trabalho. Às pessoas que entrevistei, meu agradecimento pela forma generosa de colaborarem e disporem de seu tempo em nossas longas conversas. Outros amigos estiveram sempre ou algumas vezes, e à sua maneira, por perto. Sem correr o risco de esquecer nomes, a todos eles agradeço pela paciência. Em particular, à Nícia, a filha que tive o privilégio de ganhar na minha maturidade. Além de Laura e Mercês, agradeço aos outros membros da banca, professores Maria Regina Soares Lima e Nilson do Rosário Costa, pela disposição, paciência e contribuição. Finalmente, gostaria de lembrar o Eugênio Vilaça Mendes, que sem saber foi uma das minhas inspirações no tratamento do tema desta tese, por ser um dos poucos que fazem uma reflexão sobre os vínculos perversos entre a assistência pública e a privada, e ainda parece manter aceso o sonho de uma assistência à saúde de qualidade, pública e equânime.

Mais do que agradecer, queria, ainda, prestar uma homenagem aos integrantes do Movimento Sanitário, que imprimiram uma marca indelével na trajetória da política de saúde no Brasil, apesar das limitações históricas e políticas, que impediram e impedem a consolidação de seu projeto. Entretanto, da mesma forma que o legado das políticas de saúde impôs limitações a uma verdadeira reviravolta na saúde, o legado do SUS deverá ser uma resistência a outras rupturas em sentido inverso.

“Se nós estamos querendo atingir objetivos como universalização, equanimidade, integralidade do sistema, participação, é impossível que um setor importante da assistência à saúde fique sujeito às leis do mercado”. (Deputado Constituinte Eduardo Jorge, *Diário do Congresso Nacional*, 17/7/1987:199).

## SUMÁRIO

**LISTA DE QUADRO E GRÁFICO.**

**LISTA DE TABELAS**

**RESUMO**

**APRESENTAÇÃO** ..... 19

### **1 OS ARGUMENTOS ANALÍTICOS: A PERSPECTIVA HISTÓRICA**

**E INSTITUCIONAL** ..... 24

**1.1 Introdução** ..... 24

**1.2 Instituições e políticas públicas – a dependência de trajetória e os efeitos de *feedback*: sua influência no processo político** ..... 27

**1.3 Outros efeitos de *feedback* de políticas prévias: efeitos *lock-in* e efeitos de aprendizagem** ..... 33

**1.4 Continuidades e mudanças institucionais: a relação entre contexto político, crise e idéias** ..... 37

**1.5 Hipóteses alternativas para a expansão do sistema privado: fracasso do SUS e hipótese da convergência** ..... 44

**1.6 A regulação como consolidação da trajetória** ..... 50

**1.7 Síntese das proposições, estratégia de análise e estrutura do trabalho** ..... 51

**1.7.1 Hipótese geral e proposições** ..... 51

**1.7.2 Estratégia analítica, fontes e estrutura do trabalho** .....54

### **2 A CONSTITUIÇÃO DO *MIX* PRIVADO/PÚBLICO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

**2.1 Introdução** ..... 60

**2.2 Antecedentes históricos da política de assistência à saúde: a vinculação com a Previdência Social – segmentação e vinculação ao contrato de trabalho** ..... 63

**2.3 Expansão da assistência à saúde enquanto política governamental** ..... 69



<b>2.4 Expansão da assistência a partir da compra de serviços privados: constituição de atores e interesses</b>	72
<b>2.5 A institucionalização da assistência médica pública por meio da articulação com o setor privado: a constituição do “complexo previdenciário”</b>	79
<b>2.6 Crise: novos mecanismos institucionais e propostas alternativas</b>	87
<b>2.7 Conclusão</b>	93
<b>3 AS FORMAS PRIVADAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: DESENVOLVIMENTO E CARACTERÍSTICAS</b>	100
<b>3.1 Introdução</b>	100
<b>3.2 A trajetória das formas privadas de assistência à saúde: das origens à década de 80</b>	106
<b>3.3 A expansão da assistência médica supletiva nos anos 80 e sua evolução recente</b>	115
<b>3.4 Características e dimensões das diferentes modalidades institucionais da assistência privada</b>	125
<b>3.4.1 Empresas e beneficiários</b>	125
<b>3.4.2 Diferenças e semelhanças na assistência prestada, custos e faturamento</b>	132
<b>3.5 As entidades de representação de interesses</b>	138
<b>3.6 Conclusão</b>	146
<b>4 A REFORMA DA POLÍTICA DE SAÚDE: INOVAÇÃO E CONTINUIDADE – 1975/2000</b>	152
<b>4.1 Introdução</b>	152
<b>4.2 O processo de formação da reforma da política de saúde: o movimento sanitário e os projetos inovadores</b>	157
<b>4.2.1 As idéias e os atores</b>	164
<b>4.2.2 Crise e projetos institucionais inovadores da década de 70</b>	167
<b>4.2.3 Aprofundamento da crise e iniciativas reformistas na década de 80</b>	173
<b>4.3 O processo decisório da reforma da política de saúde: marchas e contramarchas na mudança institucional durante a Constituinte</b>	173

<b>4.4 A implantação da reforma na década de 90</b> .....	181
<b>4.4.1</b> As condições políticas de implementação da reforma .....	182
<b>4.4.2</b> O financiamento do SUS como forma de inviabilização sistêmica.....	192
<b>4.5 Conclusões</b> .....	205
<b>5 EFEITOS DA TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE SOBRE A</b>	
<b>ESTRUTURA DA REDE DE SERVIÇOS E O PERFIL DOS</b>	
<b>USÁRIOS</b> .....	215
<b>5.1 Introdução</b> .....	215
<b>5.2 A composição da rede prestadora de serviços de saúde</b> .....	218
<b>5.3 Cobertura e perfil dos usuários da assistência à saúde pública e</b>	
<b>privada</b> .....	231
<b>5.3.1</b> Características dos planos de saúde privados: tipo, cobertura e preço	
<b>5.3.2</b> Acesso e utilização de serviços .....	242
<b>5.4 Avaliações, opiniões e imagens sobre a assistência à saúde</b> .....	248
<b>5.5 Conclusão</b> .....	253
<b>6 A REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR</b> .....	263
<b>6.1 Introdução</b> .....	263
<b>6.2 O contexto normativo da regulação da assistência suplementar:</b>	
<b>reforma do Estado e as novas formas de intervenção</b> .....	266
<b>6.3 A regulamentação dos planos e seguros de saúde - formação da</b>	
<b>agenda e processo decisório: atores, interesses e idéias</b> .....	275
<b>6.3.1</b> A introdução na agenda pública da regulamentação dos planos e seguros	
de saúde: a composição da arena e dos temas .....	275
<b>6.3.2</b> O debate na Câmara dos Deputados: atores e interesses .....	278
<b>6.3.3</b> A discussão do projeto substitutivo: idéias e resultados .....	287
<b>6.3.4</b> A reviravolta no Senado: a mudança da atuação do Ministério da Saúde .....	291
<b>6.4 A evolução do processo regulatório: a mudança do modelo institucional</b> .....	294

<b>6.5 Aspectos substantivos e alguns resultados da regulamentação .....</b>	<b>299</b>
<b>6.6 Conclusão .....</b>	<b>306</b>
<b>7 CONCLUSÕES GERAIS .....</b>	<b>314</b>
<b>8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E FONTES.....</b>	<b>326</b>
<b>8.1 Referências bibliográficas .....</b>	<b>326</b>
<b>8.2 Fontes .....</b>	<b>341</b>
<b>8.3 Pessoas entrevistadas .....</b>	<b>345</b>
<b>9 ANEXO: TABELAS .....</b>	<b>346</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>401</b>

## LISTA DE QUADRO E GRÁFICO

<b>QUADRO 1:</b> Situação atual das operadoras comerciais de planos de saúde privados - Brasil – 2001/2002 .....	151
<b>GRÁFICO 1:</b> Proporção de empresas por porte e número de beneficiários da medicina de grupo – Brasil – 2002 .....	129

## LISTA DE TABELAS

<b>1 -</b> Leitos hospitalares – Brasil – 1935/1999 .....	347
<b>2 -</b> Proporção de planos coletivos por tipo em amostra de empresas – Brasil – 1988-2002 .....	347
<b>3 -</b> Proporção de planos empresariais segurados (pré-pagamento) e auto-segurados com administração terceirizada, por tipo de instituição contratada, em amostra de empresas – Brasil – 1988-2002 .....	348
<b>4 -</b> Evolução do número de clientes de planos próprios de empresa, medicina de grupo, cooperativas médicas e seguros-saúde (valores estimados) Brasil - 1976/2000.....	349
<b>5 -</b> Cobertura de planos e seguros privados de saúde suplementar, por segmento, região e Unidade da Federação – Brasil – 2000 .....	350
<b>6 -</b> Evolução da medicina de grupo quanto ao número de empresas, empresas contratantes e beneficiários – Brasil – 1954/2001 .....	350
<b>7 -</b> Distribuição geográfica percentual das empresas de medicina de grupo e dos beneficiários segundo a Unidade da Federação – Brasil – 2001 .....	351
<b>8 -</b> Operadoras do setor de saúde suplementar por segmento, região e Unidade da Federação – Brasil – 2001 .....	351
<b>9 -</b> Faturamento das empresas do mercado de assistência médico-supletiva – Brasil 1987/1989/1995-1998 (em bilhões de dólares) .....	352
<b>10 -</b> Estabelecimentos de saúde, por regime de atendimento e natureza jurídica – Brasil – 1976 –1999 .....	353

<b>11 -</b> Proporção de estabelecimentos de saúde por tipo e natureza jurídica – Brasil – 1981-1992.....	354
<b>12 -</b> Estabelecimentos públicos por espécie – Brasil – 1981–1992.....	355
<b>13 -</b> Estabelecimentos privados por espécie – Brasil – 1981–1992 .....	356
<b>14 -</b> Estabelecimentos com internação por número de leitos e natureza jurídica do estabelecimento – Brasil – 1976–1992 .....	357
<b>15 -</b> Número de pacientes admitidos em estabelecimentos com internação por natureza jurídica do estabelecimento – Brasil – 1976–1992 .....	358
<b>16 -</b> atendimentos elementares e de emergência/urgência e consultas médicas por ano segundo o tipo de estabelecimento – Brasil – 1989–1990 .....	359
<b>17 -</b> Estabelecimentos de saúde por região – Brasil – 1981–1990.....	360
<b>18 -</b> Evolução da proporção dos estabelecimentos de saúde por região segundo a natureza jurídica – Brasil – 1981–1999.....	361
<b>19 -</b> Leitos por região segundo natureza jurídica – Brasil – 1981–1990.....	362
<b>20 -</b> Leitos hospitalares, UTI adulto e UTI infantil, por mil habitantes, por natureza jurídica, segundo a Região – Brasil – 1999.....	363
<b>21 -</b> atendimentos e internações por tipo e ano, segundo a região – Brasil – 1989–1990.....	363
<b>22 -</b> Estabelecimentos de saúde com convênio por entidade convenente – Brasil – 1976–1984.....	364
<b>23 -</b> Estabelecimentos de saúde com contratos e convênios assistenciais por tipo de contrato e convênio – Brasil – 1985–1992.....	365
<b>24 -</b> Estabelecimentos de saúde por região e natureza jurídica, segundo o comprador de serviços – Brasil – 1999 .....	366
<b>25 -</b> Estabelecimentos de saúde por natureza jurídica e segundo o comprador de serviços – Brasil – 1999 .....	367
<b>26 -</b> Estabelecimentos de saúde por regime de atendimento e segundo a natureza jurídica – Brasil – 1999.....	368
<b>27 -</b> Proporção de hospitais, leitos e leitos de UTI da rede hospitalar do SUS por natureza jurídica – Brasil 1992/1999/2002 .....	369

28 - Distribuição da população por cobertura por plano de saúde segundo a Unidade da Federação e região – Brasil – 1998 .....	370
29 - Distribuição dos titulares de planos de saúde por Unidade da Federação e segundo o tipo de plano – Brasil – 1998 .....	371
30 - Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), IDH renda (PIB <i>per capita</i> ) e proporção de pobres segundo as Unidades da Federação – Brasil – 1991 e 1996 .....	372
31 - Distribuição da população por cobertura por plano de saúde e segundo o rendimento familiar mensal <i>per capita</i> – Brasil – 1998.....	373
32 - Proporção da população com cobertura de plano de saúde por Unidade da Federação e região, segundo a renda mensal familiar <i>per capita</i> – Brasil –1998 .....	374
33 - Distribuição dos titulares de plano de saúde por tipo de plano segundo a renda mensal – Brasil – 1998 .....	375
34 - Distribuição da população por atividade principal e cobertura por plano de saúde segundo a Unidade da Federação e região – Brasil – 1998 .....	376
35 - Distribuição da população economicamente ativa por cobertura por plano de saúde e segundo a condição de ocupação no ano – Brasil – 1998 .....	377
36 - Distribuição da população ocupada por cobertura por plano de saúde e situação no plano, segundo a ocupação no trabalho principal no ano de referência – Brasil – 1998 .....	377
37 - Proporção da população coberta por plano de saúde de acordo com o responsável pelo pagamento do plano e segundo a ocupação no trabalho principal no ano – Brasil – 1998 .....	379
38 - Distribuição da população por cobertura por plano de saúde e situação no plano segundo a faixa etária – Brasil – 1998 .....	378
39 - Distribuição dos titulares de planos de saúde por idade, segundo o responsável pelo pagamento do plano – Brasil – 1998 .....	380
40 - Distribuição da população com cobertura por planos de saúde por situação no plano e segundo a faixa etária – Brasil – 1998.....	381

<b>41</b> - Distribuição dos titulares de planos de saúde por tipo de plano e segundo o responsável pelo pagamento – Brasil – 1998.....	381
<b>42</b> - Proporção dos titulares de planos de saúde por condição de ocupação no ano e tipo de plano segundo o responsável pelo pagamento – Brasil – 1998.....	382
<b>43</b> - Valor da mensalidade por tipo de plano de saúde – Brasil – 1998 .....	383
<b>44</b> - Proporção de pessoas que possuem plano de saúde por renda mensal familiar <i>per capita</i> e segundo o valor da mensalidade do plano – Brasil – 1998.....	384
<b>45</b> - Distribuição dos planos de saúde que cobram fator moderador segundo o valor da mensalidade – Brasil – 1998 .....	385
<b>46</b> - Distribuição dos titulares de planos de saúde por cobrança de fator moderador e segundo o responsável pelo pagamento e tipo do plano – Brasil – 1998.....	386
<b>47</b> - Distribuição dos planos de saúde por tipo, segundo a abrangência da cobertura – Brasil –1998 .....	387
<b>48</b> - Distribuição dos titulares de plano de saúde por tipo de plano e segundo o número de dependentes ou agregados – Brasil – 1998 .....	388
<b>49</b> - Distribuição da população de acordo com o costume de procurar o mesmo lugar, médico ou serviço de saúde quando precisa de atendimento segundo o rendimento familiar mensal <i>per capita</i> – Brasil – 1998.....	389
<b>50</b> - Distribuição da população por cobertura por plano de saúde e declaração de problemas de saúde segundo o rendimento familiar mensal <i>per capita</i> – Brasil – 1998.....	390
<b>51</b> - Distribuição da população que procurou e não conseguiu atendimento na primeira vez, por cobertura por plano de saúde e segundo o motivo do não atendimento – Brasil – 1998.....	391
<b>52</b> - Utilização de serviços de saúde por cobertura por planos de saúde e segundo o tipo de atendimento – Brasil .....	392

- 53** - Proporção da população que recebeu atendimento de saúde nas duas últimas semanas por cobertura por plano de saúde e segundo o tipo de atendimento – Brasil – 1998.....393
- 54** - Distribuição da população que recebeu atendimento de saúde ou que foi internada, por cobertura por plano de saúde segundo a forma de atendimento – Brasil – 1998 .....394
- 55** - Distribuição da população que recebeu atendimento de saúde pela condição de atividade, ocupação e tipo de atividade e segundo a cobertura pelo SUS – Brasil – 1998 .....395
- 56** - Distribuição da população que teve atendimento de saúde ou internações por cobertura pelos SUS e segundo a renda familiar *per capita* – Brasil – 1998.....396
- 57** - Distribuição da população que recebeu atendimento de saúde ou que foi internada pelo SUS segundo a ocupação no trabalho principal – Brasil – 1998.....397
- 58** - Proporção da população coberta por plano de saúde e que recebeu atendimento de saúde ou se internou por forma de atendimento e segundo o rendimento familiar mensal *per capita* – Brasil – 1998 .....398
- 59** - Distribuição da população que teve atendimento de saúde por cobertura por plano de saúde e forma de atendimento segundo o tipo de atendimento – Brasil – 1998 .....398
- 60** - Distribuição da população que recebeu algum atendimento de saúde por pagamento e segundo o tipo de atendimento – Brasil – 1998.....399
- 61** - Distribuição da população que foi internada por cobertura de plano de saúde e segundo o período de internação – Brasil – 1998 .....400
- 62** - Proporção da população que recebeu atendimento de saúde por forma de atendimento e pagamento pelo serviço segundo a avaliação do atendimento – Brasil – 1998.....400



## RESUMO

Este trabalho tem como objetivo construir uma interpretação para a configuração institucional da assistência à saúde no Brasil, caracterizada pela coexistência de um segmento público e outro privado, cada um com formas diferenciadas de acesso, apesar de, formalmente, a política de saúde garantir o acesso gratuito e universal ao sistema público. O principal fator explicativo considerado para interpretar essa dualidade institucional foi a própria política, a partir do conceito de dependência de trajetória, segundo o qual as políticas de saúde anteriores afetaram a seqüência de escolhas posteriores e, por seus diferentes efeitos institucionais e políticos, condicionaram a política vigente. A partir dessa perspectiva teórico-metodológica, que leva em conta os processos históricos, foi analisada a trajetória da política de assistência à saúde, com o objetivo de identificar os seus efeitos de *feedback*, considerando a dinâmica entre os processos decisórios e os arranjos institucionais constituídos em momentos cruciais de redefinição de políticas, os quais se tornaram parâmetros para as escolhas posteriores. Essa trajetória foi recortada em três momentos: a constituição do modelo segmentado público/privado nos anos 60; a reforma da política de saúde nos anos 80; e a implantação da reforma na década de 90, paralelamente aos processos de formação e decisão da política regulatória da assistência suplementar. Analiticamente, tratou-se de identificar os mecanismos pelos quais as políticas de saúde definidas afetaram seu desenvolvimento posterior, em função de vários efeitos interligados: os efeitos sobre o processo político, ao modelar identidades e clivagens sociais e estruturar interesses privados; os efeitos *lock-in*, ou de aprisionamento de certos padrões de comportamento; os efeitos sobre a capacidade governamental; e os efeitos cognitivos da experiência com uma assistência segmentada, a qual provê modelos de interpretação da realidade que funcionam como justificativas *pos-factum* da preferência pela assistência privada. Em consequência desses efeitos, a reforma sanitária definida nos anos 80 constituiu-se num processo de inovação limitada, caracterizado tanto por uma ruptura, possibilitada pela conjuntura política mais ampla de democratização e pela configuração interna de uma crise setorial, como por continuidade, em função do legado das políticas prévias. A dupla trajetória da assistência à saúde no Brasil no período de quatro décadas consolida-se no final da década de 90 com o estabelecimento da política regulatória voltada para o segmento privado, que formaliza essa dualidade do ponto de vista legal, normativo, político e institucional. Essa interpretação contraria explicações que identificam certa convergência no desenvolvimento recente das políticas sociais, no sentido de

privatização, no contexto de reforma do Estado e de políticas de ajuste, que coincidiram com o processo de implantação da reforma. O estudo indica que no caso brasileiro a expansão da assistência privada se explica por fatores internos relacionados à própria trajetória da política de saúde, na qual o *timing* da privatização foi muito anterior ao movimento de reforma do Estado e conviveu com a expansão da assistência pública.

## APRESENTAÇÃO

A década de 80 no Brasil é caracterizada pelo processo de democratização do país, que se traduziu na promulgação de uma nova Constituição, em 1988. No campo da saúde, a nova Carta trouxe importantes inovações ao consagrar o direito à saúde e ao definir princípios e diretrizes para orientar a política setorial, os quais, formalmente, alteraram significativamente o padrão anterior, particularmente ao garantir o acesso universal, igualitário e gratuito às ações e serviços de saúde. Ao romper com o caráter meritocrático da assistência à saúde, originariamente no Brasil vinculada à inserção no mercado de trabalho, e ao incorporá-la à idéia de cidadania, a política de saúde definida na Constituição pode ser considerada, de fato, como uma ruptura com os princípios que deram sustentação às políticas que tinham caracterizado a trajetória brasileira até então. E mesmo que a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que traduziu institucionalmente a reformulação do setor, tenha significado a consolidação de um processo gradativo de expansão da cobertura pública, a ampliação de seu escopo com a universalização formal é bastante significativa em termos de um reordenamento ideológico e institucional.

Entretanto, a criação desse sistema nacional de saúde inclusivo não logrou incorporar todos os cidadãos à assistência pública, uma vez que um expressivo contingente deles já vinha sendo absorvido por formas privadas de assistência à saúde, em um processo que foi mais intenso exatamente durante a formação e redefinição da política de saúde nos anos que antecederam a promulgação da Constituição. A própria atuação governamental, expressa em decisões e políticas do período pós-constitucional, vai expressar essa dualidade, uma vez que ainda no início da década de 90, concomitantemente aos esforços de viabilização da política recém-definida na Constituição, vai ser introduzido na agenda pública o tema da regulamentação governamental dos planos privados de saúde, que vai se concretizar no final da década. O debate no Congresso Nacional e na sociedade em geral em torno da regulamentação e controle governamental da assistência privada contribuiu para tornar transparente a relevância que ela já tinha assumido no Brasil enquanto alternativa ao sistema público.

Aparentemente, esses dois processos – a implantação do sistema de saúde público e universal e o estabelecimento de uma política regulatória da assistência privada – ocorreram de forma independente, envolvendo, em grande parte, atores privados e agências governamentais distintas. Isso significa que essa regulação não se

deu no sentido de definir a inserção de mecanismos de mercado na estrutura da assistência de responsabilidade estatal e de caráter universal, mas de consolidar o funcionamento do sistema privado de forma independente do sistema público. Uma vez que a regulação do setor privado não ocorreu no sentido de definir sua articulação com o setor público ou de determinar espaços e regras de atuação, o resultado da política de saúde no final da década, e apenas dez anos após as mudanças constitucionais, tornou evidente a existência de duas formas radicalmente distintas, não apenas de acesso, financiamento e produção das ações e serviços de saúde, mas também de atuação governamental. Por um lado, a atuação estatal se dá no sentido de garantir o acesso universal às ações e serviços de saúde enquanto elemento que integra a noção de direito à saúde. Por outro lado, a política de saúde passa, formalmente, a incorporar a assistência privada ao escopo da intervenção governamental sob a forma de regulação do mercado privado de assistência, com vistas a desenvolver esse mercado, garantindo os direitos do consumidor. Ao fazer isso, a própria política consagra e legitima o caráter dual da assistência. Nessa perspectiva, a ação governamental orienta-se por duas lógicas distintas: a lógica da assistência como um direito de cidadania, que traz implícitas as idéias de universalidade e igualdade; e a lógica da assistência como um bem oferecido e adquirido em um mercado que, por sua vez, remete à diferenciação por segmentos e produtos, definida a partir do poder de compra ou de condições privilegiadas de acesso ao consumo de serviços de saúde.

Este trabalho tem como objetivo principal identificar os mecanismos causais que produziram essa configuração institucional da assistência à saúde no Brasil em decorrência da qual a reforma da política de saúde que levou à constituição de um sistema universal e público não logrou incorporar todos os cidadãos à assistência pública. Na medida em que o formato institucional da assistência é expressão e resultado da política de saúde, ou seja, de decisões e ações governamentais e também de não-decisões, o que se pretende é prover uma interpretação da política vigente no aspecto da configuração do *mix* privado/público que a caracteriza. Essa denominação refere-se à coexistência de dois sistemas de assistência à saúde, um público e outro privado, os quais, em muitos aspectos, funcionam de forma independente, embora possuam vasos comunicantes, situação que produz inúmeras ineficiências do ponto de vista do conjunto da assistência à saúde no Brasil. Enfim, o objetivo aqui pretendido consistiu em produzir uma interpretação do modelo dual de assistência que se

consolidou no país, o qual, embora desafie a racionalidade técnica, encontra explicação nas políticas de saúde anteriores e nos processos políticos por elas engendrados.

A proposição que dá suporte ao argumento analítico que informa tal interpretação é que o aspecto duplo que formalmente caracteriza a política de saúde no final da década de 90 reflete e consolida o formato institucional híbrido assumido pela assistência à saúde no Brasil como consequência das políticas definidas a partir dos anos 60. Em termos analíticos, isso significa assumir que as políticas públicas estabelecidas em um dado momento colocaram limitações às decisões posteriores, de tal forma que os decisores, tanto no processo constituinte quanto na década de 90, no momento de implantação da reforma constitucional, operaram em um ambiente condicionado pelas políticas herdadas do passado.

Nessa perspectiva analítica, a compreensão tanto da política de saúde quanto do modelo institucional do sistema de saúde brasileiro atual, ambos de caráter híbrido ou dual, implica a análise do processo histórico de constituição da assistência à saúde no Brasil. Partindo da idéia de que os fenômenos sociais são *path dependent* – isto é, o que acontece em um ponto no tempo afetará os resultados de uma seqüência de eventos posteriores –, o padrão institucional de assistência à saúde vigente hoje no Brasil é dependente das políticas ou escolhas anteriores, particularmente a partir da década de 60, de tal forma que as diferentes opções ocorridas nas últimas três décadas não são independentes umas das outras, estando, ao contrário, conectadas. Entender as decisões como limitadas pelas escolhas do passado remete a uma explicação que – sem negar os constrangimentos econômicos e políticos, nacionais e internacionais, que caracterizam a conjuntura de implantação do SUS, marcada por crise econômica, políticas de ajuste e mudanças na configuração do Estado –, enfatiza os mecanismos institucionais estabelecidos a partir de desenhos de políticas estabelecidas previamente.

Essa explicação é constituída a partir dos argumentos gerais e pressupostos da abordagem neo-institucionalista, particularmente a vertente do novo institucionalismo histórico, aplicados à análise de políticas públicas e à compreensão de reformas a partir da consideração de fatores de ordem institucional, particularmente o efeito dos modelos de políticas na estruturação de atores e interesses. Partindo do principal argumento de que os legados institucionais de políticas previamente estabelecidas condicionam o processo de reformulação das políticas, defende-se aqui que a principal variável que explica o sistema dual que prevalece na assistência médica, apesar da criação formal do SUS, é a própria política de saúde prévia, que, ao estruturar os interesses privados na

saúde, condicionou o conflito político posterior, delineando as disputas por alternativas de políticas. Desta forma, a trajetória da política de saúde vai ser marcada pelos embates entre propostas alternativas, em um contexto institucional marcado pela superioridade dos atores representantes dos interesses privados que a política de saúde favorecera, os quais vão se constituir nos oponentes de um sistema público universal. Como variável independente, a política estabelecida nos anos 60 vai explicar a trajetória futura e os limites da reforma sanitária proposta e definida no bojo do movimento de redemocratização do país.

Os efeitos institucionais de políticas prévias se expressam por meio do conceito de dependência de trajetória e de efeitos de *feedback*, entre esses os efeitos *lock-in* e os efeitos de aprendizagem. Os primeiros são entendidos não apenas como a estruturação de atores e interesses, mas como o aprisionamento de certas trajetórias ou de certos comportamentos decorrentes de investimentos que os atores sociais realizam, em função das políticas estabelecidas e dos incentivos a elas vinculados, difíceis de serem revertidos. Os efeitos de aprendizagem das políticas públicas se traduzem em efeitos cognitivos, a partir das experiências com as políticas, e levam a uma tendência no sentido de que as políticas, uma vez estabelecidas, tendam a ser readotadas. Em consequência desses efeitos institucionais, a reforma do sistema de saúde brasileiro consagrada na Constituição tendeu a seguir um padrão de inovação limitada, que não logrou abalar as instituições privadas de assistência à saúde.

Essa interpretação contraria as explicações que identificam certa convergência no desenvolvimento recente das políticas sociais no sentido de privatização, no contexto de reforma do Estado e de políticas de ajuste que coincidiram com o processo de implantação da reforma da política de saúde nos anos 90. No caso brasileiro, o *timing* do processo de fortalecimento do setor privado não acompanha o movimento de reforma de Estado e de revalorização do mercado, não podendo ser visto como simples resposta às mudanças recentes nas concepções sobre a relação Estado/mercado na provisão e gestão de serviços de saúde. O contexto econômico, político e ideológico de reforma tende, contudo, a legitimar e aprofundar a trajetória da política de saúde brasileira, enfraquecendo a proposta universalizante definida na conjuntura de democratização e cuja concretização vai coincidir com a crise do Estado e com o movimento de inflexão em direção ao mercado o qual, no Brasil, já ocorrera previamente.

Secundariamente, este trabalho tem outro objetivo, menos analítico e mais descritivo. Em função da pouca disponibilidade de informações sobre as dimensões do

*mix* privado/público na assistência à saúde, propõe apresentar uma mensuração de vários aspectos desse *mix*, particularmente em relação ao sistema privado. Buscando reunir informações disponíveis de forma dispersa e analisar outras ainda pouco utilizadas, como a PNAD/1998, que contém um suplemento saúde bastante rico dessa perspectiva, o trabalho pretendeu também ser uma contribuição para melhorar o conhecimento das dimensões e conseqüências do modelo de assistência à saúde vigente no país. Essa contribuição poderá ser útil para outros estudos, em função do montante de informações que disponibiliza.

# 1 OS ARGUMENTOS ANALÍTICOS: A PERSPECTIVA HISTÓRICA E INSTITUCIONAL

## 1.1 Introdução

O objetivo deste trabalho é explicar a constituição do formato institucional híbrido ou dual da assistência à saúde no Brasil, entendendo-se como tal a coexistência de um sistema público e de um sistema privado, que configuram formas diferenciadas de acesso, financiamento e produção de serviços, apesar de, formalmente, a política de saúde definir o acesso gratuito e universal a toda a população sem distinções. O principal argumento de que se parte para explicar esse aparente paradoxo considera que, embora esse arranjo institucional consolidado na política de assistência à saúde seja resultado de escolhas entre diferentes alternativas disponíveis, essas escolhas, realizadas em diferentes momentos de inflexão da política de saúde, foram estranguladas pelos efeitos institucionais das escolhas anteriores. E o que é mais decisivo é que a própria conformação da arena política da saúde onde se dá o conflito entre alternativas decorre de políticas anteriores, particularmente as que foram definidas a partir dos anos 60, as quais contribuíram para a constituição de diferentes atores e interesses, a partir dos incentivos oferecidos e dos benefícios concedidos aos afetados pelas políticas. Isso significa que o estabelecimento de determinadas políticas de saúde na década de 60 propiciou a constituição de identidades e clivagens sociais que se expressam em distintas compreensões e preferências quanto às alternativas de políticas.

Esse argumento compartilha a premissa básica da abordagem denominada de novo institucionalismo, incorporada a diferentes perspectivas teóricas, e enfatiza a importância das instituições sobre o comportamento e sobre os resultados políticos para a explicação da política de saúde<sup>1</sup>. A partir desse pressuposto, o trabalho busca

---

<sup>1</sup> A partir dos anos 70, verificou-se a retomada da preocupação com as instituições políticas tradicionais, que tinham perdido a importância na maioria das teorias políticas que predominaram a partir dos anos 50. O estudo de instituições retorna, principalmente, como uma reação contra a “revolução behaviorista”, que interpretava o comportamento econômico e político como a consequência agregada da escolha individual, de forma que as instituições eram vistas como a soma de propriedades de nível individual. Apesar de não se constituir como uma nova teoria, mas um conjunto de argumentos que frequentemente se associa a teorias diferenciadas, o novo institucionalismo coloca alguns desafios para a compreensão da política e para o processo de constituição e reforma de políticas públicas. Nas suas diferentes manifestações, a explicação leva em conta o argumento de que a forma de organização da vida política tem influência sobre a política, o que significa atribuir um papel mais autônomo para as instituições políticas, as quais deixam de ser vistas apenas como arenas, mas também como atores políticos, ao configurarem um conjunto de estruturas e procedimentos que definem e defendem interesses. O novo institucionalismo dá menos ênfase à primazia dos microprocessos e ao pressuposto da história eficiente, em favor de



identificar como a existência de arranjos estáveis e rotinizados estruturam o comportamento político e, nessa medida, estabelecem os contornos dentro dos quais as decisões são tomadas. A incorporação da análise histórica ao estudo da política de saúde permite iluminar o fato de que os decisores, em cada momento histórico, operaram em um ambiente condicionado por políticas do passado que não apenas institucionalizaram práticas e regras, mas também constituíram diferentes atores.

Neste capítulo é desenvolvido esse argumento básico, que norteou a interpretação da política de assistência à saúde no Brasil. O ponto de partida é o modelo analítico utilizado por Pierson (1993; 1994) para o estudo de políticas públicas, que incorpora contribuições da vertente histórica do novo institucionalismo, desenvolvida particularmente no campo da política comparada e aplicada a estudos de diferentes processos políticos. Apesar de suas diferenciações, os trabalhos identificados com o institucionalismo histórico partilham de um projeto teórico “de médio alcance” que considera a contingência histórica e a dependência de trajetória (Thelen e Steinmo, 1994; Pierson, 1993, 1994; North, 1990; Wear, 1984) e procuram explicar as diferenças entre os resultados políticos entre países a partir da consideração de variáveis institucionais, buscando identificar como as lutas políticas são mediadas pelo arcabouço institucional dentro do qual elas acontecem (Thelen e Steinmo, 1994; Hall e Taylor, 1996). Em contextos nacionais diferentes, a influência de estruturas socioeconômicas e políticas para moldar o comportamento é percebida de maneiras distintas, e a diversidade de respostas a desafios e pressões comuns leva à identificação de fatores explicativos específicos de cada país, entre eles os fatores institucionais de nível nacional. Para explicar as diferenças entre países, o novo institucionalismo focaliza as instituições domésticas, enfatizando o seu caráter relacional mais do que as

---

complexos processos e da possibilidade de ineficiência histórica. A partir daí, enfatiza menos a metáfora da escolha e a busca de resultados alocativos para explicar as decisões políticas em favor de outras lógicas de ação e da centralidade do significado e da ação simbólica. Pode-se dizer que essa abordagem busca responder de forma diferente à pergunta de como as escolhas sociais são modeladas, mediadas e conduzidas por arranjos institucionais (Powell e DiMaggio, 1991), entendendo que as preferências e significados não são estáveis nem exógenos, mas podem ser moldados pelas experiências políticas ou por instituições políticas relativamente autônomas. Uma consequência desse argumento é que o sistema político deixa de ser visto como estritamente dependente da sociedade. Da mesma forma, a distribuição de recursos políticos pode ser afetada pelas instituições políticas, no contexto das quais são também desenvolvidas as regras do jogo (March e Olsen, 1984). Nessa perspectiva, o Estado, enquanto 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 neo-institucionalista (Rueschemeyer e Skocpol, 1985). Na teoria social o novo institucionalismo implica a necessidade de combinar tanto a agência quanto a estrutura em qualquer explicação do comportamento e dos resultados sociais, rompendo com modelos explicativos polarizados ao reconhecer que as preferências dos indivíduos vêm de estruturas e experiências passadas, mas que, ao mesmo tempo, é preciso ter agentes que sejam portadores dos imperativos estruturais e que no processo de reproduzir as estruturas sejam capazes também de remodelá-las (Goodin, 1996).

características formais das instituições. Isso significa verificar empiricamente como uma configuração institucional modela as interações e as estratégias políticas e estrutura as relações de poder entre grupos, conseqüentemente, influenciando os resultados (Immergutt, 1992; Hattan, 1993; entre outros). Essa opção analítica conduz a um foco nos processos políticos e de elaboração de políticas públicas, entendidos como fluindo dentro de determinados parâmetros institucionais. Para muitos representantes dessa vertente, o Estado passou a ser considerado não como um agente neutro entre interesses em competição, mas como um complexo de instituições capazes de estruturar o caráter e os resultados do conflito entre grupos (Rueschmeyer, Trintberger, Stepan, Katzenstein, Tilly, entre outros, *apud* Skocpol, 1985). Outras instituições sociais e políticas também podem estruturar as interações entre interesses organizados, legisladores e judiciário. Em conseqüência, são geradas trajetórias nacionais diferentes<sup>2</sup>.

Na construção do argumento aqui defendido, parte-se do modelo de Pierson e incorporam-se outras hipóteses e pressupostos utilizados no escopo da abordagem institucional transpostos para a análise da política de saúde. Os conceitos básicos dos quais se partiu para a construção do argumento são o de dependência de trajetória e de efeitos de *feedback* das políticas prévias sobre o processo político e, conseqüentemente, sobre as escolhas de políticas. Ao contribuir para a formação dos objetivos e preferências dos atores, além de configurar uma estrutura institucional em decorrência de sua implantação, as políticas, uma vez estabelecidas, limitam as possibilidades de reformas, aprisionando, de certa forma, comportamentos e conformando determinadas trajetórias. Nessa perspectiva, as reformas de políticas são explicadas a partir da confluência de fatores externos à própria política, como mudanças no contexto político mais amplo, mas tendendo sempre a inovações limitadas. No caso da política de saúde, a reforma que levou à criação de um sistema público universal foi possível num contexto de democratização, que permitiu a constituição de novos atores, portadores de propostas alternativas para a saúde, e em uma situação de desequilíbrios institucionais,

---

<sup>2</sup> Ao considerar que as instituições estruturam as lutas políticas e que nessa medida é que influenciam os seus resultados, o novo institucionalismo não considera que elas sejam a única causa dos resultados políticos e não nega a influência de forças políticas mais amplas. Pode-se dizer que o novo institucionalismo histórico é também uma tentativa de integrar a análise institucional com a contribuição de outros fatores sobre os resultados políticos, entre eles o desenvolvimento socioeconômico e a difusão das idéias, chamando a atenção, particularmente, para a relação entre instituições e idéias ou crenças. O enriquecimento do modelo explicativo, em decorrência da incorporação de um leque maior de variáveis à estrutura analítica, tem como contrapartida a imprecisão teórica, em função da dificuldade de explicitar o peso explicativo de cada um dos fatores que compõem os modelos analíticos. Como sintetizam Thelen e Steinmo (1994), o desafio para o institucionalismo histórico é o balanço entre a necessária complexidade analítica, ao buscar identificar a relação entre diferentes variáveis, e a parcimônia teórica.

favorável a mudanças. Entretanto, a mudança institucional a partir da criação do SUS carregará no seu bojo características do modelo institucional anterior.

Nas seções seguintes, esse modelo analítico é desenvolvido e sintetizado nas proposições que conduziram o estudo. Na última seção, são descritas a estratégia de análise, as fontes utilizadas e a estrutura do texto, especificando como em cada capítulo o argumento analítico foi utilizado na interpretação dos elementos empíricos de forma a construir uma explicação plausível da política de saúde vigente no Brasil a qual se expressa em um arranjo institucional dual.

## **1.2 Instituições e políticas públicas – a dependência de trajetória e os efeitos de *feedback*: sua influência no processo político**

Como ponto de partida, é necessário precisar a concepção de instituição, na medida em que a análise da reforma da política de saúde é feita a partir da consideração de fatores institucionais. No âmbito do novo institucionalismo, é possível encontrar diferentes definições, uma vez que a utilização desse enfoque ainda não se traduziu na constituição de um conjunto de conceitos teóricos precisos<sup>3</sup>. Em consequência, o termo *instituição* assume significados diversos em contextos analíticos distintos, a partir de uma concepção genérica de instituição como um padrão de comportamento estável, recorrente e valorizado.

Na definição de Jepperson (1991), instituições são sistemas de regras socialmente construídas e reproduzidas rotineiramente que operam como ambientes limitadores e são acompanhadas de eventos tidos como dados. Nessa perspectiva sociológica, a teoria organizacional define instituições como regras, procedimentos e normas, e inclui também um sistema de símbolos, *scripts* cognitivos e modelos morais que fornecem a estrutura de significação que guia a ação, quase que identificando instituições com cultura (Powell e DiMaggio, 1991). No âmbito do novo institucionalismo econômico, instituições podem também ser entendidas como costumes

---

1 Como alertam Powell e DiMaggio (1991), é mais fácil existir acordo sobre o que o novo institucionalismo não é do que sobre o que ele é. Desta forma, pode-se falar de vários novos institucionalismos que assumem significados diferentes nas diversas disciplinas que se utilizam desse referencial teórico – como a economia, a ciência política, a história, a sociologia e, associada a essa, a teoria organizacional –, bem como intradisciplinas. Isso porque em cada campo disciplinar é possível identificar diferentes novos institucionalismos que se distinguem pelos pressupostos teóricos mais gerais que orientam os estudos. Além disso, vários pressupostos perpassam os campos disciplinares, tornando imprecisas as distinções, o que se verifica particularmente no campo da ciência política, com forte influência do novo institucionalismo econômico. Sobre uma comparação entre as diferentes vertentes, ver Hall e Taylor (1996); Goodin (1996); Powell e DiMaggio (1991).

e regras em uma sociedade que funcionam como constrangimentos delineados para modelar a interação entre os homens e provêm um conjunto de incentivos e de desincentivos para os indivíduos (North, 1990); ou são regularidades em interações repetidas ou arranjos sociais gerados para minimizar os custos de transação (custos de negociação, execução e coação) e a incerteza, ao prover marcos de referência eficientes para a troca econômica (Williamson, 1985)<sup>4</sup>. No âmbito da ciência política e da abordagem da escolha racional, instituições são entendidas como estruturas de regras, procedimentos e arranjos (Shepsle, 1986); ou, ainda, inclinações congeladas temporariamente (Riker, 1980) ou prescrições sobre que ações são exigidas, proibidas ou permitidas em determinado contexto (Ostrom, 1986)<sup>5</sup>. Nos estudos voltados para as

---

<sup>4</sup> Concebidas dessa forma, as instituições nascem e persistem quando conferem benefícios maiores do que os custos de transação envolvidos em criá-las e sustentá-las em um mundo em que a informação é custosa, algumas pessoas agem oportunisticamente, e a racionalidade é limitada (North, 1990). As instituições reduzem a incerteza provendo uma estrutura para a vida diária e um guia para a ação, ao definir e limitar o elenco de opções. É nessa medida que reduzem os custos de transação e facilitam a troca. Ao chamar a atenção sobre como a ação coletiva pode ser enraizada institucionalmente de tal forma que as instituições enquanto mecanismos que controlam a vida econômica modelam e constroem as escolhas individuais, essa perspectiva difere das análises econômicas neoclássicas, que partem de uma teoria que pressupõe escolhas ilimitadas e respostas estratégicas em mercados idealizadamente livres. Em uma abordagem histórica, instituições criadas por escolhas do passado têm impacto em modelar as preferências atuais, o que significa que a história institucional define muitas escolhas (Commons, 1931, 1934; North, 1990; Williamson, 1985, apud Goodin, 1996). Apesar dessa perspectiva comum, há divergências quanto ao tratamento dado aos custos de transação, à extensão em que as instituições representam respostas ótimas para as necessidades sociais e ao peso explicativo atribuído ao Estado e à ideologia. É possível identificar tanto um certo funcionalismo otimista, de acordo com o qual os resultados são atribuídos às suas conseqüências benéficas de forma que a competição elimina as instituições que se tornaram ineficientes (Kuran's, 1988), quanto a demonstração de que instituições podem persistir mesmo quando não servem a nenhum interesse (Akerlof, 1976) ou quando são coletivamente subótimas (Zucker, 1986). Matthews (1986) mostra como a inércia tem um papel importante na persistência institucional. North (1988) alerta para o custo de transação de mudança institucional, uma vez que os ganhos prospectivos de alterar as instituições são superados pelos custos de fazer mudanças institucionais, e ressalta a importância da ideologia e do Estado na manutenção de instituições. Quando as trocas entre indivíduos se tornam mais especializadas e complexas, é necessária uma coação de uma terceira parte, o que é feito pelas instituições políticas. Por sua vez, o consenso ideológico pode ser um substituto eficiente para regras formais, pois quando o consenso é alto torna-se possível conter o comportamento oportunista.

<sup>5</sup> No campo da abordagem da escolha racional, desenvolveram-se estudos voltados para a maneira como as instituições políticas modelam os resultados e criam estabilidade na vida política. Essa linha de pesquisa desenvolveu-se inicialmente em estudos do comportamento no Congresso americano, a partir da observação de um aparente paradoxo entre a estabilidade dos resultados, no sentido de regularmente assegurar maiorias estáveis, e os postulados convencionais da escolha racional, que têm como pressupostos a existência de múltiplas preferências e o caráter multidimensional dos objetivos. Para explicar essa estabilidade nos resultados, os autores se voltaram para as instituições, enfocando as regras de procedimento que estruturam as escolhas e a informação disponível. Em curto prazo, as regras legislativas são resistentes às pressões políticas e a longo prazo limitam as opções que os decisores podem perseguir (Shepsle e Weingast, 1987; Ostrom, 1986; Shepsle, 1986, 1988). Os trabalhos nessa vertente têm grande influência do institucionalismo econômico e consideram que arranjos institucionais que estruturam a política são vistos como resposta aos problemas de ação coletiva ao propiciarem uma estrutura de cooperação que aumenta a perspectiva de ganhos pela cooperação, dados os altos custos de transação da troca política. As instituições estruturam as interações e afetam a ação individual provendo informações e mecanismos de reforço e reduzindo as incertezas sobre o comportamento dos outros (sobre isso, ver Powell e DiMaggio, 1991; Hall e Taylor, 1996).

instituições internacionais que promovem a cooperação internacional (Krasner, 1983; Keohane, 1984; Young, 1986), instituições são entendidas como práticas constituídas de papéis facilmente identificáveis, unidos com conjuntos de regras ou convenções que governam as relações entre os ocupantes desses papéis. Na perspectiva do institucionalismo histórico (Hall e Taylor, 1996; Thelen e Steinmo, 1994; Skocpol, 1985), a definição de instituição inclui tanto organizações formais quanto regras e procedimentos informais que estruturam a conduta.

É na perspectiva mais ampla de instituições como regras do jogo ou como limites que estruturam a interação humana que o conceito de instituição é incorporado na análise de políticas públicas (Pierson, 1993; 1994), e é dessa forma que foi considerado no estudo da política de assistência à saúde. A maioria dos estudos de cunho institucionalista, que enfatizam os constrangimentos institucionais, usualmente buscam identificar as maneiras como as regras do jogo formais e informais na vida política e social influenciam o comportamento político e, de forma mais usual, centram-se nas instituições governamentais formais e nas organizações políticas. Entretanto, 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. Daí que é possível incluir as políticas públicas na definição mais ampla de instituição. E a pertinência de uma abordagem institucionalista para o estudo de políticas públicas pode ser vista de dois aspectos. Por um lado, as políticas públicas, em grande medida, costumam levar à constituição de instituições para viabilizar sua implementação, entendendo-se instituições tanto como organizações formais quanto como regras que estruturam o comportamento; por outro, elas próprias podem ser vistas como tendo os mesmos efeitos de estruturas institucionais, na medida em que colocam constrangimentos ao comportamento dos atores políticos e às decisões que podem ser tomadas relativamente a bens públicos, ou seja, para a elaboração ou reforma de políticas públicas. Daí que o exame das consequências políticas das políticas públicas é uma extensão lógica dos argumentos do novo institucionalismo utilizados para a análise de instituições formais, e o *feedback* das políticas se constitui em fator de ordem institucional bastante potente para a compreensão das políticas públicas.

Essa influência das políticas públicas no processo de constituição ou de reformas de políticas se expressa pelas noções correlatas de *policy feedback* e da dependência de trajetória, traduzidas nos efeitos *lock-in* e nos efeitos de aprendizagem. Essas noções,

utilizadas para análises institucionais voltadas para as instituições formais (Arthur, 1989, *apud* Pierson 1993; Wear, 1984; North, 1990), são aqui incorporadas para o estudo das políticas públicas, as quais podem ser vistas como tendo os mesmos efeitos de instituições formais. Do ponto de vista teórico-metodológico, a proposição analítica básica do argumento aqui defendido é de que os legados das políticas de saúde previamente estabelecidas explicam, em grande parte, o seu desenvolvimento futuro, de tal forma que, em função 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. Esta proposição traz implícito o pressuposto de que as políticas públicas não se constituem apenas em variáveis dependentes – nesse caso, sendo o resultado da ação de forças políticas –, mas também funcionam como variáveis independentes, que podem ser uma das causas dessas forças. Como variáveis independentes, as políticas públicas também explicam o processo de formulação ou de reformas de políticas, na medida em que, por um lado, condicionam o próprio processo político e, por outro, explicam a trajetória futura de uma política a partir de sua constituição prévia<sup>6</sup>.

A partir desse pressuposto, a questão teórica mais geral para a qual é necessário dar uma resposta é a seguinte: Como as políticas públicas influenciam os processos políticos e as políticas subseqüentes? Os desdobramentos analíticos da noção de dependência de trajetória fornecem os elementos para responder a essa questão, o que só pode ser feito pela análise que recupere os processos históricos de constituição e reforma das políticas, articulando o processo decisório com o contexto institucional das políticas vigentes.

As políticas públicas estabelecem “regras do jogo”, e essas influenciam a alocação de recursos econômicos e políticos e provêem 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 (efeitos *lock-in*)<sup>7</sup>. Dessa forma, uma

---

<sup>6</sup> O estudo de Pierson (1994) das tentativas de retração do estado de bem-estar social nos Estados Unidos e na Inglaterra é ilustrativo desse modelo. Sua conclusão foi que algumas variáveis institucionais freqüentemente utilizadas em estudos institucionalistas, como a estrutura das instituições políticas formais e a capacidade decisória das autoridades governamentais, não são potentes para explicar os resultados mais ou menos bem sucedidos nas tentativas de redução substancial das políticas de bem-estar nos dois países. Mas os fatores mais importantes para explicar as políticas de redução e o seu relativo fracasso em diminuir o escopo geral das políticas sociais nos países estudados são as conseqüências das políticas preexistentes, que demonstraram ter influência maior do que outros fatores institucionais.

<sup>7</sup> De acordo com Pierson, as políticas criam recursos para grupos de interesses de duas maneiras: em sentido direto, nos casos em que a legislação dá fundos para favorecer organizações ou provê incentivos

conseqüência do desenho de políticas já estabelecidas é a formação de grupos de interesse e, em decorrência, a organização e constituição de atividades desses grupos, podendo ainda, ao contrário, inibir a formação ou expansão de outros grupos. Ou seja, a repartição desigual de recursos e de informação como conseqüência de ações governamentais específicas cria incentivos à organização de determinados grupos favorecidos com as políticas, de tal forma que os desenhos de políticas públicas alteram os processos políticos e modelam identidades de grupo. Uma conseqüência disso é que esses mesmos interesses podem oferecer obstáculos a alterações institucionais posteriores e ou a alterações de políticas. Em outros termos, as políticas definidas em um momento no tempo estruturam o 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.

É nessa perspectiva que as políticas de saúde definidas a partir dos anos 60 não apenas dificultaram determinadas escolhas posteriores, em função dos arranjos e estruturas desenvolvidas para a concretização das políticas, mas também estruturaram interesses, o que teve conseqüências sobre o conflito político associado às disputas por alternativas de intervenções públicas no campo da assistência à saúde. Isso quer dizer que essas políticas anteriores alteraram o desenvolvimento político subsequente, uma vez que constituíram grupos de interesse e geraram atividades para eles, configurando, em grande parte, seus objetivos políticos e suas preferências, em função dos incentivos ou das vantagens distributivas estabelecidos pela política. Diversos incentivos fornecidos pelo modelo de assistência delineado pela política de saúde da década de 60 favoreceram, por exemplo, o desenvolvimento da assistência médica de caráter empresarial em detrimento da assistência pública, afetando, dessa forma, o desenvolvimento de diversos segmentos empresariais e propiciando o surgimento de instituições e organizações como a medicina de grupo, as cooperativas médicas e os sistemas de autogestão vinculados a empresas empregadoras. Esses segmentos empresariais da assistência à saúde organizaram-se politicamente, vindo a constituir organizações de interesses e a concentrar recursos políticos que lhes permitiram obter significativa influência no processo decisório.

---

para indivíduos se juntarem a grupos particulares, como na Suécia, onde foi dada aos sindicatos a autoridade sobre fundos de desemprego, o que deu incentivos aos trabalhadores para se sindicalizarem; ou as políticas podem favorecer grupos particulares, aumentando seu acesso aos decisores, como o exemplo do corporativismo na Europa.

O formato institucional da política de assistência à saúde teve conseqüências na constituição dos interesses não apenas dos empresários da saúde, mas também dos atores beneficiados por ela. A forma como a política de assistência foi definida, tendo se originado nas instituições previdenciárias, favoreceu, inicialmente, a inclusão corporativa dos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho urbano como um benefício meritocrático. Em um segundo momento, correlatamente à ruptura formal do padrão corporativo de inclusão, a política de saúde teve como efeito o incentivo à cobertura de segmentos dos trabalhadores concentrados nos setores produtivos mais dinâmicos por formas privadas e privilegiadas de assistência. Mesmo com a unificação das instituições previdenciárias, que formalmente rompeu com a fragmentação, a expansão da assistência médica passou a se dar por outras formas de segmentação, diferenciando os trabalhadores conforme o tipo de assistência prestada e o prestador, mesmo que financiada pelo Poder Público, direta ou indiretamente.

Essa forma histórica de desenvolvimento da assistência não favoreceu a constituição de uma identidade coletiva entre o público-alvo da política capaz de articular uma demanda universalista. Ao contrário, propiciou a particularização das demandas de saúde e a constituição de identidades corporativas<sup>8</sup>. Esse modelo vai ter conseqüências decisivas na implantação da reforma da política nos anos 90, que não vai contar com o apoio efetivo, embora o tenha formalmente, dos setores mais mobilizados dos trabalhadores. Esses, já incluídos em formas privadas de atenção à saúde, não apenas desenvolveram uma perspectiva corporativista na demanda por serviços de saúde, mas, na prática, apoiaram as formas privadas de provisão de serviços, vinculadas ao contrato de trabalho. Em suma, o formato da política de saúde, ao dificultar a identificação dos trabalhadores organizados com uma assistência pública e igualitária, traduziu-se na ausência de mobilização e suporte político efetivo a uma reforma publicista e universalista. Isso teve como efeitos, dentre outros, o enfraquecimento dessa proposta e o fortalecimento da segmentação de clientela, reforçando a perspectiva de que ao SUS cabe a cobertura da população mais pobre e em condições desfavoráveis de inserção no mercado de trabalho.

Por sua vez, fortes coalizões contrárias à reforma, formadas principalmente pelos empresários do setor saúde, foram capazes de alterar a proposta original de reforma da política de saúde no momento crucial de sua definição, de forma a garantir os seus

---

<sup>8</sup> Idéia similar é defendida por Fleury (2001) para quem o sistema de seguridade implantado não logrou difundir uma cultura cívica nem estender a condição de cidadão.



interesses, forjados também na trajetória da política de saúde, o que resultou no padrão limitado da reforma. Isso se deu principalmente a partir de seu poder de veto, na medida em que os empresários do setor foram capazes de influenciar não-decisões, limitando as decisões de forma a possibilitar a manutenção do *status quo*, apesar da reforma<sup>9</sup>. Em momentos decisórios cruciais, como durante o processo constituinte e na regulação da assistência à saúde suplementar, esses interesses, já organizados desde as décadas anteriores, detinham recursos políticos suficientes para exercerem seu poder de pressão e de veto, tendo sido bem sucedidos na proteção dos arranjos institucionais previamente estabelecidos.

A operação e o desenvolvimento da política de assistência à saúde tiveram como um dos seus efeitos a geração de assimetrias de poder entre os grupos afetados por ela, modelando também diferentes identidades entre os atores beneficiados pelas políticas. Essa assimetria garantiu que, em diferentes momentos, alguns interesses tivessem maior acesso ao processo decisório, de forma a ter maior capacidade de influenciar os resultados. Daí que na análise da trajetória da política tratou-se de verificar como a configuração da política de saúde não apenas afetou o desenvolvimento de atores e a constituição de interesses, mas também modelou as interações e as estratégias políticas dos grupos beneficiados por ela, de tal forma que as transformações da política passam a fluir segundo os parâmetros determinados pelo próprio formato da política. É nessa medida que as políticas de saúde estruturaram o processo decisório.

### **1.3 Outros efeitos de *feedback* de políticas prévias: efeitos *lock-in* e efeitos de aprendizagem**

O efeito *lock-in* significa a definição de padrões de comportamento que são difíceis de ser revertidos. Além de propiciar o surgimento e ou o desenvolvimento de atores e interesses, ao criarem determinados incentivos, as políticas públicas encorajam a emergência de determinadas redes sociais e econômicas, levando os indivíduos a fazerem compromissos, a desenvolverem habilidades específicas e a comercializarem determinados bens etc., em resposta a tipos de ação governamental (Pierson, 1993, 1994). Na análise das instituições, o efeito *lock-in* decorre da relação simbiótica entre

---

<sup>9</sup> Bachrach e Baratz (1962) também consideraram o efeito *lock-in*, o qual pode conduzir a “não-decisões” enquanto expressão de poder na sua face menos aparente em situações em que um ator procura reforçar valores e práticas institucionais, de forma a ser objeto de consideração pública apenas as questões que são inócuas para ele.

instituições e organizações que se desenvolvem como consequência da estrutura de incentivos fornecida por aquelas instituições (North, 1990). Da mesma forma, as políticas públicas, ao induzirem os indivíduos a determinados comportamentos e ao propiciarem o surgimento de organizações influenciadas pela evolução das políticas e da estrutura institucional correspondente, ampliam os custos associados à adoção de alternativas diversas, e nessa medida inibem o abandono de certa trajetória, que se torna assim difícil de ser alterada, inviabilizando alternativas que anteriormente podiam ser possíveis.

Esse efeito de aprisionamento dos comportamentos e decisões pode ser observado nas políticas de saúde, na medida em que elas estabeleceram determinadas “regras do jogo”, ou mecanismos e formatos institucionais, para a prestação de assistência à saúde, e ao fazerem isso, induziram determinados comportamentos e investimentos difíceis de reverter. Em primeiro lugar, a decisão governamental de ampliar a cobertura para os trabalhadores assalariados pela incorporação da assistência médica aos benefícios prestados pelas instituições previdenciárias – inicialmente, as Caixas e, depois, os Institutos de Aposentadoria e Pensões – foi acompanhada da opção pela compra de serviços de prestadores privados, ao invés 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. Essas opções tiveram dois efeitos principais: criar um mercado cativo para os prestadores de serviços de saúde financiado com recursos públicos; e desenvolver a prática empresarial de assumir a responsabilidade pela assistência de seus empregados. Tal prática vai permanecer e se desenvolver mesmo quando são extintos os incentivos governamentais. Dessa forma, a política de saúde influenciou diretamente a alocação de recursos econômicos para determinados grupos que foram incentivados a realizar investimentos, seja no sentido de desenvolverem sua capacidade de produzir serviços para captarem os recursos públicos pela venda de serviços de saúde, seja pela assunção da assistência à saúde de seus empregados.

A consequência foi a constituição de uma rede complexa constituída por prestadores de serviços de saúde (profissionais de saúde e hospitais), empresas médicas (medicina de grupo, cooperativas), seguradoras do ramo saúde, empresas empregadoras com sistemas de saúde para seus empregados, usuários e burocracia pública. A

configuração institucional decorrente do modelo da política de assistência à saúde modelou as interações entre os grupos afetados diretamente pela política, tanto os favorecidos economicamente quanto os beneficiados pela cobertura assistencial. A rede densa que se constituiu em torno da assistência médica a partir das decisões e da regulação governamental, que se traduziu em práticas ou formas diferenciadas de prestação de assistência à saúde, além de modelar atores, interesses e identidades, teve o efeito de dificultar o abandono de certa trajetória, tornando quase inacessíveis alternativas que alterassem radicalmente o padrão de comportamento vigente.

As opções anteriores, ao propiciarem o desenvolvimento de formas privadas de assistência, colocaram limites à mudança de trajetória, a partir também dos efeitos que tiveram na 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 dos prestadores se faziam valer no espaço burocrático, capturado pelos interesses privados mediante potentes 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 pública fosse submetida à lógica dos interesses privados.

No modelo de Pierson, as políticas públicas têm ainda 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. No caso do Estado, os desenhos das políticas podem favorecer ou não o desenvolvimento de capacidades estatais; e, no âmbito da sociedade, podem gerar reações positivas ou negativas a determinados padrões de políticas públicas. O estabelecimento de determinados cursos de ação induzidos a partir de políticas públicas pode influenciar a consciência individual sobre a atividade do governo. A colocação de uma nova agenda e o desenho de respostas alternativas podem ser definidos a partir dos sucessos alcançados no passado ou podem refletir lições aprendidas dos erros passados. Uma vez adotada, uma política tende a ser readotada, na medida em que passa a ser considerada a resposta natural e leva os decisores a

reproduzir políticas preexistentes, apenas ajustando-as marginalmente para acomodá-las a novas situações (Hecló, 1974, *apud* Pierson, 1993).

As regras e os procedimentos institucionalizados na configuração que assumiu a assistência à saúde, caracterizada pela segmentação e constituição de um *mix* privado/público, tiveram como um dos seus efeitos a atribuição de significados à realidade e a conformação de determinadas concepções sobre o público e o privado. A experiência com determinadas práticas que se repetem no tempo configurara determinada visão da realidade, de tal forma que os padrões estabelecidos para a prestação da assistência alicerçados na prática privada passam a ser considerados como dados e tendem a ser readotados rotineiramente, de forma a naturalizar as escolhas do passado. Além de conformar a preferência por serviços privados e pelos padrões semi-liberais que caracterizam a assistência prestada no sistema suplementar, à repetição desse padrão se soma uma representação negativa do público, traduzida na depreciação dos serviços governamentais, não necessariamente construída a partir de experiências concretas. Do lado dos atores governamentais, a prática de prestação de serviços terceirizados por meio da contratação de empresas e profissionais privados aparece também como a resposta natural às necessidades vinculadas à expansão de cobertura, independente de essa ser ou não a forma mais eficiente e eficaz.

Adotando uma perspectiva mais sociológica, pode-se dizer que a política de saúde provê categorias e modelos de interpretação da assistência, tanto pública quanto privada, dessa maneira, provendo *scripts* cognitivos para essa interpretação, os quais informam as ações<sup>10</sup>. Desta forma, a opção por planos privados passa a ter uma relação com a interpretação que é feita da assistência pública e se consolida pelas imagens negativas, mesmo que nem sempre construídas a partir da experiência pessoal, mas transmitidas pela difusão de representações coletivas, freqüentemente estimuladas pelos representantes dos interesses privados.

A partir desses mecanismos é que são enfatizados os efeitos de *feedback* e a dependência de trajetória (*path dependence*) na explicação do aparente paradoxo da política de saúde brasileira. Políticas prévias explicam o desenvolvimento futuro, e legados institucionais podem inviabilizar ou, no mínimo, limitar a possibilidade de

---

<sup>10</sup> As instituições afetam o comportamento a partir de duas dimensões: na dimensão normativa, o impacto institucional decore do fato de os indivíduos serem socializados em papéis institucionais, daí internalizando normas associadas a esses papéis; na dimensão cognitiva, as instituições influenciam o comportamento provendo *scripts* cognitivos, categorias e modelos que são indispensáveis para a ação, sem os quais o mundo e o comportamento dos outros não pode ser interpretado (Powell e DiMaggio 1991; Hall e Taylor, 1996).

mudanças. O desenho estabelecido em algum momento para uma determinada política tem conseqüências políticas e cognitivas, de tal forma que na relação entre as políticas públicas e os processos políticos as primeiras não são apenas uma decorrência dos segundos, mas também funcionam como variáveis independentes, reordenando a disputa política e podendo até bloquear alterações institucionais. No caso da saúde, o caminho escolhido em um momento histórico como forma de garantir assistência à saúde no Brasil influenciou de forma decisiva as possibilidades futuras, de tal forma que o passado influenciou a conformação do desenho da política atual e, ainda, as possibilidades futuras.

#### **1.4 Continuidades e mudanças institucionais: a relação entre contexto político, crise e idéias**

Na perspectiva analítica adotada para a interpretação da política de saúde brasileira atual, a reforma na política após a Constituição, embora configure uma ruptura institucional ao alterar os princípios que norteavam a política de saúde, a concepção de direito à saúde e as atribuições governamentais para a garantia desse direito, vai significar também grandes continuidades. Isso se evidencia particularmente nos aspectos que são o objeto deste trabalho, que se traduzem na convivência entre formas públicas e privadas de assistência – apesar da universalização formal da atenção pública –, bem como na articulação privado/público na prestação de serviços de saúde. Neste sentido, não obstante as significativas transformações organizacionais do sistema de saúde e as melhorias quantitativas e qualitativas na atenção pública decorrentes da criação do SUS, as mudanças legais não significaram uma ruptura efetiva com o modelo de atenção à saúde gestado no país a partir da década de sessenta, desde então caracterizado como um sistema misto: público e privado. Em muitos aspectos, o modelo atual da assistência à saúde é uma continuidade do que foi estabelecido a partir dos anos 60, de forma que a alteração constitucional não significou uma mudança de rota na assistência à saúde, considerada em sua totalidade, ou seja, considerando conjuntamente os segmentos público e privado.

Entretanto, apesar das continuidades, com a criação do Sistema Único de Saúde houve, de fato, uma inovação institucional significativa do ponto de vista interno da assistência prestada pelo setor público diretamente. Ao mesmo tempo em que se realiza verdadeiramente uma reforma, essa mudança é limitada pela antiga estrutura

institucional, além de não ser capaz de desmontá-la, constituindo-se, dessa forma, uma dupla trajetória: a da assistência pública e a da privada. A própria Constituição expressa essa dualidade quando ao mesmo tempo, cria o sistema público universal e define a liberdade da iniciativa privada. Em um único dispositivo, e por meio de não-decisões, o poder de veto de atores que se desenvolveram no percurso das políticas de saúde mediante os incentivos que essas políticas lhes propiciaram, foi capaz de garantir as condições legais e institucionais para a preservação do modelo anterior de prestação da assistência à saúde. Ao garantir na Constituição a liberdade à iniciativa privada e ao não regulamentar a assistência privada, preservaram-se as condições para a continuidade do desenvolvimento desse segmento, apesar da definição concomitante do sistema universal e público. Isso significa que, mesmo em termos legais, o arcabouço jurídico-institucional, ao mesmo tempo em que inova, também preserva as práticas institucionalizadas.

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.

Mas se os argumentos da dependência de trajetória e dos efeitos de *feedback* são potentes para explicar as continuidades, não são capazes de fornecer uma explicação plausível para a reforma sanitária dos anos 80 enquanto uma inovação institucional. Ao romper com a segmentação formal e com a cidadania regulada, e ao promover uma completa reorganização do setor nos aspectos de financiamento, descentralização e gestão, houve, de fato, uma mudança institucional, em que pese a continuidade. Para a interpretação das mudanças, é preciso incorporar outros fatores ao modelo analítico esboçado até agora, os quais foram responsáveis por um desequilíbrio nas tendências históricas e capazes de propiciar que idéias inovadoras viessem a se configurar em decisões de reforma.

Dois fatores são considerados aqui para explicar a inovação institucional: um de caráter endógeno e outro exógeno à política de saúde, cada um deles com graus diferentes de importância. O determinante principal da reforma sanitária é atribuído à conjuntura política mais ampla, caracterizada pelo movimento em prol da democratização do país. Pelo caráter de excepcionalidade da situação, um movimento

pela reforma sanitária foi capaz de aglutinar diferentes atores e interesses em torno de um projeto comum. No contexto de transição democrática, foram incorporadas demandas por uma democracia não apenas formal, mas também substantiva, que incluía a ampliação dos direitos de cidadania a serem garantidos por meio de políticas sociais que pudessem se traduzir em melhores condições de vida para a população. Entre esses direitos, a defesa do direito à saúde e sua tradução em propostas de inovações nas políticas se expressaram por meio de um movimento político articulado em torno de idéias fundamentadas na produção de um saber acadêmico em torno das quais foi possível constituir uma comunidade epistêmica<sup>11</sup>. A partir de um processo de grande mobilização política, essa comunidade portadora de um projeto sanitário inovador veio a se constituir como um grupo político capaz de influir no processo decisório, pela aglutinação de interesses diversos e de estratégias bem sucedidas.

O contexto de transição democrática favoreceu, assim, a mudança institucional, em função de alterações no processo político que permitiram que novos atores ganhassem visibilidade e ampliassem sua influência sobre o processo decisório. É no conflito político entre “novos” e “velhos” atores, portadores de interesses, idéias e propostas alternativas, que foram definidos os contornos da política de saúde. O desenho final estabelecido na Constituinte levou à convivência da ruptura com a continuidade em um processo de inovação pressionado por interesses e objetivos conformados em decorrência das políticas anteriores, de forma a limitar a possibilidade de mudanças verdadeiramente descontínuas.

Os argumentos de North (1990) sobre as possibilidades de mudança institucional são elucidativos e podem ser transpostos para a compreensão da política de saúde. Mostrando como a mudança institucional incremental afeta o conjunto de escolhas em um determinado momento, North concluiu que mesmo mudanças descontínuas nunca o são completamente, em função dos constrangimentos informais nas sociedades, que limitam a possibilidade de ruptura institucional. Nessa perspectiva, mesmo quando há mudança, instituições nunca são construídas do nada, sendo mais comum que sejam reconstruídas a partir de elementos das anteriores. Mudanças nunca são completamente descontínuas, pois, mesmo que se mudem as limitações formais, permanecem as informais, inseridas em costumes, tradições e códigos de conduta que são mais

---

<sup>11</sup> Tal como definido por Haas (1990, *apud* Goma e Subirats, 1998:26), a comunidade epistêmica se refere a um conjunto de profissionais ou técnicos que compartilham critérios e valores frente a alguns dilemas e conflitos sociais e que trabalham para que aquilo em que eles acreditam influencie e tenha resultados em políticas concretas.

impenetráveis a políticas deliberadas. Embora se desenvolvam a partir de regras formais, esses limites informais evoluem no contexto de interações repetidas. As conseqüências das políticas anteriores, associadas aos padrões de representação dos grupos de interesse, definem o contexto das reformas de políticas públicas.

A compreensão da interação entre o processo político e as estruturas institucionais vinculadas à política de saúde permite captar não apenas os aspectos de continuidade na política de saúde, mas também a possibilidade de dinamismo institucional, de forma a não entender a dependência de trajetória e os efeitos de *feedback* como determinantes absolutos das possibilidades de desenvolvimento das políticas de saúde. Incorporando a análise histórica, é possível elucidar os mecanismos causais que atuam no processo de constituição e implementação da política de assistência à saúde e fugir do risco de certo determinismo institucional. Isso porque, ao fim e ao cabo, a política é sempre resultado de escolhas definidas politicamente. E se os atores constituídos previamente são resistentes a mudanças que afetem seus interesses, outros atores podem ser introduzidos na arena política, em função de alterações no contexto político mais amplo. Nessa perspectiva, o comportamento político é também uma variável independente, particularmente em situação de mudanças conjunturais, mesmo sendo influenciado por instituições e políticas anteriores.

O risco de uma perspectiva estruturalista em relação às instituições e às políticas públicas, que pode estar implícita nessa abordagem institucionalista e histórica, é descartado, como alertam Thelen e Steinmo (1994), na medida em que se enfatiza o papel da agência humana e da escolha, mesmo que realizada dentro de limites institucionais. Dessa forma, é possível integrar a compreensão de padrões gerais com uma explicação da natureza contingente do desenvolvimento político e econômico, destacando o papel do conflito e da escolha em modelar esse desenvolvimento. Assim, a análise histórica permite prover uma estrutura analítica para entender a relação entre escolhas e determinações na compreensão da vida política, entendendo instituições como produto do conflito político e de escolhas, mas, ao mesmo tempo, modelando o comportamento político; ou podendo modelar e restringir as estratégias políticas, mas também sendo resultado, consciente ou não, pretendido de estratégias políticas deliberadas.

Adaptando os argumentos de Thelen e Steinmo (1994) para a compreensão do processo de escolha da política de saúde durante o processo constituinte, considera-se que as políticas prévias não são as únicas variáveis que afetam as escolhas, embora as



estruturas desenvolvidas historicamente canalizem as lutas políticas de determinadas maneiras. O dinamismo institucional (ou as mudanças da política de saúde) é entendido a partir da compreensão da interação entre instituições e processo político ao longo do tempo. Ao mesmo tempo em que as instituições filtram a política, seu impacto é mediado pelo contexto político. No caso da saúde, o impacto das políticas prévias foi mediado pelo contexto político de democratização que propiciou a mudança na política de saúde nos anos 80 ao possibilitar que determinada coalizão de interesses diversos fosse bem sucedida e tivesse poder suficiente para traduzir sua proposta em reforma – algo pouco provável em outra conjuntura. A fonte da mudança se localizou então em fatores exógenos às próprias políticas<sup>12</sup>. Entretanto, essa mudança não foi descontínua, uma vez que carregou as marcas do passado.

Um segundo fator foi considerado para explicar a inovação institucional ou a mudança na política de saúde na década de 80. Esboçada desde os anos 70, a crise do setor saúde foi um fator de natureza endógena à própria política, o qual forçou a busca de novas alternativas frente ao esgotamento da capacidade de financiamento da assistência nos moldes em que foi estruturada e se refletia na queda da qualidade dos serviços e na insatisfação generalizada de usuários e prestadores, tanto profissionais quanto hospitais. Como destaca Gourevitch (1986), a crise é um momento especial de reformulação de política. Diferentemente dos períodos de estabilidade, quando as escolhas são limitadas, nos momentos de crise há maior liberdade de ação. Além disso, a crise engendra debates políticos e torna mais evidentes as divergências prescritivas entre diferentes atores. A crise da saúde teve como um dos seus efeitos apontar para os estrangulamentos do modelo de assistência montado, que tinha como um de seus suportes o *mix* privado/público. No enfrentamento da crise, o movimento sanitário foi o ator que conseguiu articular uma proposta coerente para se colocar como alternativa frente a uma situação consensualmente considerada como de crise. Esse movimento soube, assim, tirar proveito dessa situação e de uma conjuntura favorável a mudanças democráticas, e colocou no debate sua interpretação da crise e sua proposta de política para a saúde.

---

<sup>12</sup> Esse argumento é diferente do de Krasner (1983, *apud* Thelen e Steinmo, 1994) que elabora o modelo do equilíbrio interrompido para explicar a mudança institucional, desmontando os modelos estáticos de causalidades únicas. Ou seja: se as instituições funcionam como variáveis independentes em períodos de estabilidade, quando as instituições se alteram o argumento analítico é invertido, e elas se tornam variáveis dependentes, definidas pelos conflitos políticos. Os períodos de estabilidade institucional são periodicamente interrompidos por crises, que levam à mudança institucional, depois da qual recomeça o equilíbrio.

Nesse contexto, as idéias elaboradas e difundidas pelo movimento sanitário, que apontavam para uma reforma sanitária ampla e, no limite, revolucionária, foram capazes de constituir um projeto alternativo para a saúde e de produzir mudança na política. Entretanto, essas 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. No processo de formação da proposta da reforma sanitária, por meio de vários mecanismos, um conjunto de atores foi se articulando e divulgando novas idéias, acomodando-as aos diversos interesses que o movimento político foi aglutinando, de forma a ir modificando o teor da proposta no processo político que levou à reforma sanitária<sup>13</sup>.

Weir (1994) explora a relação dinâmica entre idéias e instituições políticas para analisar a inovação nas políticas, focalizando os caminhos que as idéias e os interesses materiais tomam para exercer influência no contexto institucional do processo de elaboração de políticas. Analiticamente, a questão é identificar quando e como o processo político e as idéias se combinam para produzir inovações e por que algumas idéias falham e não conseguem influenciar as políticas. A interação de idéias e política através do tempo cria um padrão limitado de inovação, no qual algumas idéias tornam-se crescentemente improváveis de influenciar as políticas públicas. Para esse processo de estreitamento, é central a criação de instituições cuja existência define o fluxo de idéias, cria incentivos para atores políticos e ajuda a determinar o significado político das escolhas. Uma abordagem histórica permite entender as maneiras como idéias e ação podem ser conduzidas por políticas prévias, como certas rotas se tornam bloqueadas, esclarecendo as conexões entre políticas através do tempo, e como oportunidades para inovação aparecem em um momento particular. As inovações são

---

<sup>13</sup> As idéias têm um lugar importante na estrutura analítica do novo institucionalismo histórico. Novas idéias podem ser a fonte de mudança, levando a novos resultados ou novas políticas, o que é mediado pela configuração institucional mediante um sistema de filtros. Idéias e interesses materiais interatuam em contextos institucionais específicos para produzir mudanças de políticas, sendo necessário estudar o processo concreto por meio do qual certas idéias, e não outras, passam a dominar o discurso político e porque certos interesses prevalecem (Hall, King, Weir, *apud* Skokpol, 1995). Estudando o desenvolvimento das idéias monetaristas na Inglaterra, Hall questiona a interpretação que instituições favorecem à continuidade de políticas ou colocam obstáculos à mudança e explora a idéia que algumas instituições podem facilitar, e não impedir, a mudança de políticas. Na Inglaterra, a competição bipartidária e a responsabilidade do gabinete de governo podem estabelecer uma tensão que inspira a criatividade e encoraja a inovação. King mostra como estruturas institucionais definem os canais e mecanismos pelos quais novas idéias são transformadas em políticas. Idéias devem ser transformadas em linguagem e *slogans* apropriados para decisões políticas, processo que freqüentemente resulta em uma transformação das noções originais, e nesse processo partidos e funcionários governamentais eleitos têm um papel crucial. Ao mesmo tempo em que modelam a absorção e difusão de idéias de políticas, as instituições podem afetar o conteúdo das novas idéias.

parte de uma seqüência de políticas na qual o desenvolvimento institucional torna alguma interpretação dos problemas mais convincente e explica o fato de algumas políticas serem mais viáveis politicamente do que outras.

O argumento de Weir sobre o padrão de inovação limitada (*bounded innovation*) é frutífero para interpretar a interação entre as idéias do movimento sanitário e o processo político que definiu a reforma da política de saúde. No processo de ocupação de espaços decisórios e de ampliação de alianças, nem todas as idéias inovadoras foram incorporadas, e muitas das idéias dos reformistas dos anos 80 falharam em influenciar a política, ocorrendo um processo de estreitamento ou de re-significação das propostas e das idéias originais. As políticas anteriores e as instituições e interesses delas originados limitaram a possibilidade de incorporação de algumas idéias, assim como modelaram esses mesmos interesses e as estratégias de seus portadores. Mas, mesmo com essas limitações, a conjuntura de crise do modelo assistencial e de democratização favoreceu o desenvolvimento institucional e possibilitou que, se não todas, grande parte das idéias do movimento sanitário fosse convincente o suficiente para promover uma reforma<sup>14</sup>.

A experiência brasileira de reforma constitucional no âmbito da saúde não corrobora a idéia de uma conjuntura crítica de mudança institucional substancial que determina uma mudança de trajetória a partir dela, tal como sugerem os argumentos de Gourevitch, Collier e Collier e Krasner (*apud* Hall e Taylor, 1996). Nesse aspecto, o argumento aqui focalizado defende que a especificidade da experiência brasileira apóia-se na idéia de que a mudança não significou uma ruptura ou o estabelecimento de uma nova rota para a assistência à saúde, pois ao mesmo tempo em que se muda de forma profunda o segmento público, a mudança é limitada pela antiga estrutura e não é capaz de desmontá-la, constituindo, de fato, uma dupla trajetória.

---

<sup>14</sup> A visão do desenvolvimento institucional que enfatiza a dependência de trajetória e as conseqüências não pretendidas das ações implica uma imagem da causalidade social que rejeita o postulado de que as mesmas forças causais geram resultados semelhantes em qualquer lugar. Ao contrário, os efeitos são mediados pelas características contextuais de uma situação dada, freqüentemente herdadas do passado. Entre essas, as mais significativas são de natureza institucional, uma vez que instituições são relativamente persistentes e condicionam o desenvolvimento histórico para um conjunto de trajetórias. Em outras palavras, os modelos institucionais existentes são importantes para o processo de criação e de reforma institucional. As instituições estruturam as respostas da nação a novos desafios de várias maneiras. Skokpol enfatiza o impacto das capacidades do Estado e os legados de políticas nas escolhas subseqüentes. Pierson, Jenson e Katznelson mostram como políticas do passado condicionam a política subseqüente, encorajando forças societárias a se organizarem em algumas linhas, a adotarem identidades particulares ou a desenvolverem interesses em políticas que são difíceis de mudar. Olsen e March e North enfatizam as conseqüências não previstas e as ineficiências geradas pelas instituições existentes. Gourevitch, Collier e Collier, e Krasner dividem o fluxo dos eventos históricos em períodos de continuidade pontuados por conjunturas críticas – momentos em que acontece mudança institucional substancial, a partir do qual o desenvolvimento histórico se move para um novo caminho (*apud* Hall e Taylor, 1996).

Esse duplo movimento significa que, ao mesmo tempo em que há uma ruptura institucional com a criação do SUS, não se logra eliminar as instituições vigentes anteriormente. Se a conjuntura de transição democrática e de crise da política de saúde favoreceu a mudança institucional, o legado das políticas de saúde anteriores restringiu sua implantação. As características que são preservadas da política de saúde anterior não o são sob a forma de uma síntese no sentido dialético do termo, mas constituem, de fato, uma dualidade. Cria-se um sistema nacional de saúde universal e com uma proposta de igualdade, mas, paralelamente, mantêm-se praticamente intocadas as instituições privadas de assistência à saúde. A regulamentação da assistência suplementar dez anos após a criação do SUS expressa essa dualidade, pois ela se faz independentemente dele e ao mesmo tempo em que se aprovava uma mudança constitucional com o objetivo de fortalecer o sistema público do ponto de vista de seu financiamento.

### **1.5 Hipóteses alternativas para a expansão do sistema privado: fracasso do SUS e hipótese da convergência**

Os argumentos analíticos que conduziram esta investigação divergem, embora não sejam de todo incompatíveis, de outros que, implícita ou explicitamente, aparecem na literatura para explicar a expansão da assistência privada paralelamente à implantação da reforma universalista do sistema público. Uma das hipóteses correntes atribui esse paradoxo ao “fracasso” do SUS em garantir assistência médica de qualidade, “forçando” aqueles com maior capacidade de compra a adquirir planos de saúde privados (Faveret e Oliveira, 1990; Mendes, 1993, entre outros). Por sua vez, esse fracasso, que levaria a esse efeito inesperado do SUS, é atribuído, em grande parte, à ausência de financiamento adequado, em função da crise econômica e dos reflexos das políticas de ajuste fiscal sobre o financiamento, as quais conviveram com a implantação do SUS. Essas políticas, entre outras coisas, significaram a restrição dos gastos públicos, particularmente os sociais, não apenas no Brasil, mas em diferentes países da América Latina.

Os problemas concretos para a implantação da nova política de saúde na década de 90, orientada para uma ampliação do papel do Estado, foram, às vezes, vistos como sinalizadores de um redirecionamento das atribuições públicas na área da saúde, justificável nos termos do debate internacional que passou a enfatizar as opções de

políticas voltadas para o mercado. Em consequência, além da limitação financeira, ao contexto nacional e internacional de restrição e reformulação das políticas sociais costuma ser imputado o crescimento do setor privado frente a um suposto afastamento do Estado das atividades relativas à assistência à saúde.

De fato, desde os anos 80 têm ocorrido reformas de sistemas de saúde em diferentes países em um cenário descrito como de crise. Nos anos 90, a agenda da saúde sofreu uma inflexão, e foram introduzidas, por um lado, questões mais administrativas e gerenciais para a reorganização dos sistemas de saúde e, por outro, a defesa de menor grau de responsabilização do Estado na provisão de serviços (Viana, 2000). Essas reformas buscaram, em maior ou menor grau, incorporar a participação do mercado na prestação de serviços de saúde, mesmo que, muitas vezes, apenas de forma residual, no bojo de propostas de “redesenho” do Estado e em uma situação de reordenamentos ideológicos. Essas propostas de reformulação ainda em curso sugerem novas perspectivas da combinação público-privado na atenção à saúde para equacionar os elementos básicos que constituem um sistema de saúde – financiamento, gestão e prestação de serviços –, questões que envolve, além da definição das atribuições do Estado e do mercado, a determinação dos beneficiários das políticas ou programas.

Em consonância com esse contexto, também no Brasil alguns temas surgiram na discussão da saúde, sugerindo indícios de mudanças na definição das atribuições estatais no campo da saúde, bem como das formas de articulação estado/mercado/sociedade, pouco tempo depois das mudanças constitucionais que priorizaram o papel do Estado. Questões como a seleção de prioridades, as opções entre grupos sociais e a estratificação do SUS, a natureza da função pública na saúde com a revisão dos conceitos de público, privado e estatal, a discussão de modelos alternativos de prestação de serviços e a ampliação do poder de regulação do Estado, inclusive do setor privado “autônomo”, são exemplos de como passaram a ser recolocadas as propostas de reforma da política de saúde no Brasil (AbrES, 1994).

Nessa conjuntura de reformas, várias análises identificam uma tendência comum em todos os países da América Latina no sentido da “privatização” da saúde<sup>15</sup>. Apesar de o

---

<sup>15</sup> Há divergências sobre o significado do termo *privatização* quando se trata dos serviços de saúde, o qual pode incluir desde a venda de ativos ou serviços ao setor privado quanto formas indiretas, como a gestão privada de unidades de saúde públicas, o fortalecimento do setor privado frente ao público, a delegação de serviços ao setor privado ou o aumento dos seguros e dos hospitais privados. Compartilho da concepção de Polanco (1994), que considera que o termo *privatizar* delimita um determinado tipo de ação mediante a qual as relações de propriedade, controle ou usufruto passam para as mãos de entidades jurídicas de natureza privada. Por essa definição ficariam excluídos os processos de crescimento do setor

termo *privatização* ser usado de forma imprecisa, podendo assumir diferentes significados, em linhas gerais, significaria a ampliação do setor privado em detrimento do estatal e sua emergência como setor hegemônico em um contexto em que a lógica mercantil teria se tornado o elemento ordenador da área da saúde (Laurell, 1995). As diferentes modalidades de privatização teriam como denominador comum a transformação da saúde de um direito de cidadania em uma mercadoria e derivariam de uma dupla necessidade: favorecer as políticas de ajuste e impulsionar a mercantilização dos setores rentáveis dos serviços de atenção à saúde (Eibenschutz, 1995)<sup>16</sup>.

Estudos comparativos, apesar de reconhecerem as especificidades e formatos assumidos pela “privatização” em diferentes países, tendem a enfatizar as similaridades das tendências, de forma que as experiências nacionais são vistas como retraduzões locais de mudanças econômicas desencadeadas internacionalmente e sob influência de organismos internacionais<sup>17</sup>.

Essa linha de análise sugere certa recriação da hipótese da convergência que balizou muitas das análises relativas ao desenvolvimento das políticas sociais ou do Estado de Bem-Estar e que ressurgiu na explicação da sua crise ou retração<sup>18</sup>. O reconhecimento

---

privado preexistente a uma decisão de privatizar e que não obedecem a uma decisão política explícita de privatizar.

<sup>16</sup> Expressão desse argumento foi a realização, em março de 1993, na cidade do México, do II Seminário Latino-americano de Política Sanitária, cujo tema foi a articulação público/privada nos sistemas de saúde da região, assim resumido por Eibenschutz (1996:11): “Analisamos conjuntamente qual era o traço mais característico na evolução recente dos sistemas de saúde na América Latina e concluímos que era o processo privatizador resultante do modelo neoliberal ...”.

<sup>17</sup> Almeida (1995; 1997), analisando as reformas de saúde de cinco países europeus e dos EUA. nos anos 80, identifica uma “mudança de paradigma” na intervenção estatal subjacente nos processos de todos os países, embora reconheça que as opções e resultados tenham sido diferentes. Segundo ela, todas as reformas envolveram: a) reestruturação centrada na contenção de custos, controle de demanda e co-responsabilidade da população pelo financiamento; b) redimensionamento do papel do Estado e introdução de mecanismos competitivos na alocação de recursos entre prestadores; e c) novos modelos gerenciais e de organização dos serviços. Mas a autora identifica grande discrepância entre o discurso reformista e as políticas implementadas. Nos casos estudados, as reformas mantiveram a cobertura universal, o financiamento público e a responsabilidade estatal pela provisão, direta ou indireta, de serviços e o controle do Estado sobre o financiamento do sistema. Essa mesma idéia aparece em Viana (1997), sugerindo que as reformas foram muito mais no sentido de introduzir mecanismos gerenciais mas sem alterar as bases em que foram construídos os sistemas de proteção e sem afetar os fundamentos públicos dos sistemas nacionais de saúde europeus.

<sup>18</sup> Para explicar a expansão do Estado de Bem-Estar, a teoria da convergência postula que todas as nações industrializadas, independente de suas especificidades, teriam convergido para processos similares, em que o Estado teria assumido a função de garantir determinados padrões mínimos de vida, suprimindo necessidades que não mais poderiam ser supridas pelas instituições sociais tradicionais e pressionado por demandas decorrentes da marginalização de certos grupos como consequência do impacto do desenvolvimento econômico e tecnológico na estrutura ocupacional. Da mesma forma, essa mesma teoria, que pressupõe um determinismo econômico, tem sido utilizada para analisar a retração do Estado de Bem-Estar, sendo identificada uma convergência nos padrões nacionais de política social como um dos desdobramentos da mudança econômica mundial. Sobre essa teoria, ver Faria (1998); Arretche (1995); Pierson (1993; 1994); Esping-Andersen (1990).

de processos similares em diferentes países, relativos à configuração do Estado e das mudanças nas formas de articulação entre Estado e mercado, tem dado margem à corroboração da “hipótese da convergência”, segundo a qual fatores internacionais são determinantes das reformas domésticas, de tal forma que, em resposta à crise econômica e à competição global, as diferenças na dinâmica da reforma de Estado não são acentuadas, havendo convergência entre as instituições de diferentes países. No caso da saúde, grosso modo, as transformações recentes na concepção de Estado, vinculadas às crises econômica e fiscal, e à dificuldade de assumir os custos crescentes das políticas de saúde levariam a certas convergências nas políticas entre diferentes países no sentido de uma privatização, nas diversas acepções que o termo assume.

Mesmo que se possa admitir que formas de atividades privadas existam nos diferentes sistemas de saúde e que tendências nesse sentido se difundem internacionalmente, as diferenças entre os países não permitem uma interpretação que negligencie os fatores explicativos internos, de tal forma que os elementos comuns encontrados na articulação privado/público não devem obscurecer as especificidades e, muito menos, o *timing* dos processos privatizantes, que nem sempre acompanham o movimento de reforma do Estado. Mesmo que possa haver pressão no sentido de uniformização da agenda de reformas, é possível constatar, em contraposição à hipótese da convergência, que os países lidam de formas diferentes com essas agendas, particularmente no campo das políticas sociais, no qual é menos provável que os mercados econômicos imponham maiores imposições. Laurell (1995:34), por exemplo, destaca as diferenças entre os países na América Latina, existindo aqueles em que há predomínio de sistemas de saúde com financiamento e produção de serviços públicos e em que o setor privado se insere em interstícios do tecido público, outros em que o financiamento dos serviços é público mas sua produção é privada e alguns em que o financiamento é coletivo, mas não necessariamente público, e o setor privado é dominante na produção dos serviços. Fleury (1995) chega a identificar dois modelos polares de reforma da seguridade social na região: o universal/publicista, no Brasil, entendido como um sistema universal de inclusão segmentada na condição de cidadania; e o modelo liberal/produtivista, no Chile, no qual a Previdência Social foi totalmente privatizada e a saúde foi objeto de propostas de modernização, com vistas a operacionalizar um novo modelo de economia social de mercado (Labra, 1995). As características distintivas dos dois modelos no tocante à relação público/privado, além das diversas análises que apontam as distinções entre as experiências latino-americanas,

parecem invalidar a hipótese da convergência sugerida, muitas vezes, pelos mesmos estudos.

Almeida (1997), por exemplo, mesmo identificando tendências internacionais comuns nas reformas sanitárias da década de 90, conclui que, acima das aparentes semelhanças, homogeneidades e esforços de difusão de idéias e instrumentos, a dinâmica da transição é diferente em cada país, dependendo dos processos políticos subjacentes. Da mesma forma, sem negligenciar os fatores políticos, como é comum em explicações que remetem aos fatores econômicos convergentes a explicação das similaridades entre os países, também Laurell (1995) sugere que as diferenças dependem das condições políticas de cada país e do processo histórico de constituição do setor saúde<sup>19</sup>.

A constatação das diferenças entre as políticas de saúde de países submetidos a pressões econômicas e internacionais similares sugere, assim, a relevância de outros fatores explicativos, particularmente os político-institucionais, e a trajetória histórica de cada um. Refutando a idéia de uma convergência, e em consonância com o modelo analítico exposto nas seções anteriores, defende-se aqui que o fortalecimento do setor privado no Brasil em detrimento da assistência pública não decorre de uma tendência atual de privatização na saúde, independente do significado que esse termo possa assumir. O crescimento do setor privado no Brasil – traduzido seja na prestação de serviços por unidades privadas ou na existência de formas privadas de financiamento, gestão e acesso a serviços de saúde – é anterior ao movimento de valorização do mercado, fruto das reformas econômicas dos anos 90 no país, e, portanto, não pode ser visto como uma simples resposta às pressões e mudanças geradas na conjuntura nacional e internacional. O desenvolvimento recente da política de saúde encontra seus fundamentos no próprio formato institucional da prestação da assistência à saúde no Brasil, caracterizada, desde sua constituição, por formas híbridas, com justaposição ou articulação de mecanismos privados e públicos, quando foram feitas escolhas por formas privadas de assistência.

---

<sup>19</sup> Analisando criticamente os estudos comparativos na área da saúde, Labra e Buss (1995:15) identificam uma “crescente proliferação de tipologias que pretendem enquadrar com pouco êxito a diversidade existente; há grande dissenso quanto às variáveis determinantes das semelhanças e diferenciações entre sistemas; tem sido escassa a contribuição que as análises comparativas têm dado para a construção de uma teoria mais geral das políticas, dos sistemas e das reformas na saúde, embora a contemporaneidade, marcada pela pluralidade, esteja talvez tornando obsoletas tais pretensões totalizantes”.



A ênfase no legado da trajetória não significa considerar que o contexto ideológico, político e econômico de reforma do Estado não tenha influência na evolução recente do SUS e da assistência à saúde no seu conjunto. Ao contrário, esse contexto tende a legitimar, reforçar ou, mesmo, aprofundar a trajetória da política de saúde brasileira, na medida em que os princípios que nortearam a criação do SUS perdem a força aglutinadora que conseguiu obter no contexto anterior de refundação da democracia no país. Em consequência, há fortes indícios de se cristalizar a tendência da segmentação de clientela, restando ao sistema público a responsabilidade pela assistência à saúde aos segmentos da população sem capacidade de participar do mercado privado de planos privados de saúde, atualizando, assim, as recomendações internacionais no sentido de focalizar as políticas sociais nos mais pobres.

Isso significa que as tendências de privatização e de retraimento da ação estatal, como uma das consequências do movimento de reforma do Estado relacionado à crise econômica a partir dos anos 80, favorecem o aprofundamento da dualidade do sistema de saúde brasileiro, que tem muitas das características enfatizadas nas discussões normativas sobre a reforma do Estado. Entre essas características, distinguem-se, particularmente, a focalização da ação governamental nos mais pobres, a separação entre financiamento e provisão, e a delegação ao mercado do atendimento das demandas daqueles segmentos com capacidade de compra. Além disso, apesar das medidas concretas para a implantação dos dispositivos constitucionais relativos à saúde, os efeitos da aprovação de uma reforma universalista e publicista realizada na contramão das tendências dominantes de restrição das atividades estatais podem ser observados. Apesar de no discurso formal não se observar um ataque direto à universalização do acesso a ações públicas de saúde, ações governamentais concretas apontam para a inviabilização do SUS não sob a forma de uma redução programática explícita, mas sob a “forma sistêmica”, adotando aqui o argumento de Pierson (1994)<sup>20</sup>. Por meio de estratégias indiretas, particularmente a falta de regularidade do financiamento das ações de saúde, inviabiliza-se, na prática, a efetivação do sistema público, principalmente quando se considera a ampliação formal da demanda a partir da definição do acesso a

---

<sup>20</sup> A idéia de inviabilização sistêmica está sendo aqui usada por analogia com a noção de redução sistêmica das políticas do estado de bem-estar, utilizada por Pierson. Com essa expressão, Pierson se refere às estratégias indiretas para redução de políticas cujas consequências se fazem sentir apenas em longo prazo e que parecem ter sido muito mais importantes nas tentativas de desmantelamento do Estado de bem-estar do que os esforços de redução programática explícita dos programas sociais. Pierson identifica como a forma mais importante de redução sistêmica do Estado de bem-estar americano a partir do governo Reagan a sua descapitalização parcial via reformas tributárias, que enfraqueceram a possibilidade de o governo federal financiar os programas sociais.

serviços de saúde como parte fundamental do direito à saúde, consagrado na Constituição. Na conjuntura pós-transição democrática, os fatores explicativos para a falta de financiamento adequado para o SUS vinculam-se ao ambiente político e econômico geral, particularmente a efetiva crise econômica e a dificuldade de ampliação da capacidade de gasto do governo, mas também às características da coalizão conservadora que dominou os primeiros governos democráticos afinados com as propostas de restrição das políticas sociais. Todos esses fatores sistêmicos contribuem para a compreensão do formato institucional da assistência à saúde no Brasil e reforçam as características adquiridas ao longo de sua trajetória.

### **1.6 A regulação como consolidação da trajetória**

Particularmente em um aspecto a política de saúde brasileira atual vai refletir a influência da agenda internacional e dos princípios normativos que embasam as reformas do Estado das últimas duas décadas. O diagnóstico da crise do Estado, vista como articulada à crise de formas anteriores de regulação estatal, traduziu-se em reformas nos modelos de gestão pública, entre elas as alterações dos mecanismos institucionais de regulação governamental. Como contrapartida da diminuição das funções executoras do Estado, a agenda internacional passou a enfatizar o papel regulatório do Estado em detrimento da produção direta de serviços, como forma de intervencionismo estatal mais adequada às mudanças institucionais decorrentes da transição de um modelo de desenvolvimento calcado no Estado para outro voltado para o mercado. A reintrodução na agenda pública da questão da regulação vincula-se, assim, à necessidade de substituir a intervenção direta do Estado no mercado e na sociedade por outras formas consideradas menos intervencionistas. No caso da privatização da produção de serviços públicos ou de grande interesse público, a regulação tendeu a ser exercida por organizações autônomas – as agências reguladoras –, as quais, de acordo com as premissas que justificam a nova forma de intervenção, credita-se maior eficiência. Acompanhando as experiências internacionais, essa foi a opção brasileira quando foi definida uma política regulatória para a assistência privada no final da década de 90.

De acordo com o argumento aqui defendido, o novo marco regulatório criado para as atividades privadas no âmbito da saúde, que até então se desenvolviam praticamente à margem de qualquer regulamentação governamental, não indica uma

mudança estrutural na forma de atuação governamental no âmbito da saúde no sentido preconizado pelas reformas na concepção e forma de atuação do Estado que caracterizaram o período. Embora não deixe de traduzir essa mudança de concepção, a regulamentação do setor privado não é o resultado de uma suposta “saída” do Estado brasileiro em decorrência de um processo de privatização da saúde; ao contrário, não apenas passa-se a regular uma atividade privada que já existia desde os anos 60, como também a regulação do mercado não elimina a atuação estatal anterior, baseada na ação direta e a partir de uma perspectiva redistributiva, expressa na concepção original do SUS.

Mesmo considerando que a regulação não tenha sido o resultado de uma privatização do setor, o formato institucional assumido pela regulação da assistência suplementar sob a forma de uma agência reguladora independente reflete o contexto de reforma do Estado e dos mecanismos de gestão pública que caracterizam a década de 90 no Brasil, em sintonia com os modelos e concepções normativas desenvolvidas e difundidas internacionalmente. Entretanto, a modificação no padrão regulatório com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, substituindo a auto-regulação pelos próprios agentes do mercado de saúde, não eliminou, ao contrário, passou a conviver com outros instrumentos de regulação que já operavam anteriormente, como a propriedade pública de unidades de saúde e a regulação do setor privado prestador de serviços no interior da burocracia executiva. Essa combinação de instrumentos regulatórios sustenta a idéia da constituição de 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. Nesse sentido, também refletiu o legado das políticas anteriores. O resultado foi a consolidação da segmentação da assistência, que, a partir da regulação do setor privado, foi incorporada à própria política de saúde. A consequência é o enfraquecimento político e ideológico dos pressupostos e objetivos associados à criação do Sistema Único de Saúde, particularmente a responsabilidade estatal pela saúde e a universalização do acesso à atenção pública.

## **1.7 Síntese das proposições, estratégia de análise e estrutura do trabalho**

### **1.7.1 Hipótese geral e proposições**

Em síntese, considerando o principal argumento de que os legados institucionais de políticas previamente estabelecidas condicionam o processo de reformulação das políticas, que são, assim, dependentes de sua própria trajetória, para a interpretação da política de assistência à saúde vigente no Brasil – especificamente no aspecto do *mix* privado/público que a caracteriza, entendendo-se por isso a convivência entre formas públicas e privadas de assistência –, este estudo parte da seguinte hipótese geral: 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, os quais condicionaram o desenvolvimento posterior da assistência e limitaram a possibilidade de mudanças, em função de três efeitos principais: primeiro, ao estruturar os interesses privados na saúde, condicionaram 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<sup>21</sup>.

Essa hipótese geral se desdobra em várias proposições inter-relacionadas, que expressam os mecanismos por meio dos quais são observados os efeitos de *feedback* das políticas anteriores sobre a política de assistência à saúde atual e fornecem uma explicação para o aparente paradoxo da política de saúde brasileira e para os limites da reforma estabelecida durante o processo constituinte e implantada na década de 90:

- 1) Embora o arranjo institucional consolidado na política de assistência à saúde seja resultado de escolhas entre diferentes alternativas disponíveis, essas escolhas, realizadas em diferentes momentos de inflexão da política de saúde, foram limitadas pelos efeitos institucionais das escolhas anteriores.

---

<sup>21</sup> Essa perspectiva analítica se aproxima do modelo de políticas *martingales*. De acordo com esse modelo, reconhece-se que os eventos históricos envolvem elementos de acaso, sendo possível ver o processo de decisão política como um **processo experimental independente**, o que significa que eventos de hoje são independentes dos eventos de ontem. Entretanto, nem todos o são, uma vez que muitos se configuram como **processos martingales**; ou seja, mesmo que os eventos sejam sujeitos a variações do acaso, essas variações vão se acumulando de tal forma que o valor esperado do processo em um tempo é igual à realização do processo no tempo precedente. Essa propriedade torna a trajetória histórica importante para entender os eventos históricos correntes e significa que flutuações da história ao acaso mudam as linhas básicas do próximo degrau do processo histórico. Daí se concluir que as decisões não são independentes de fatores institucionais de sorte que as políticas, uma vez adotadas, estão mergulhadas em instituições que são associadas com regras, expectativas e compromimentos que, afetando as aspirações, afetam o comportamento futuro dos atores políticos (March e Olsen, 1984).

- 2) A própria conformação da arena política da saúde em que se dá o conflito entre alternativas decorre de políticas anteriores, as quais contribuíram para a constituição de diferentes atores e interesses, a partir dos incentivos oferecidos e dos benefícios concedidos aos atores afetados pelas políticas.
- 3) Ao ter como consequência a formação de grupos de interesse, as políticas de saúde estabelecidas estimularam também a organização e constituição de atividades desses grupos, inibindo a formação ou expansão de outros. É nesse sentido que as políticas definidas em um momento no tempo estruturaram o processo de tomada de decisões e criam coalizões de suporte que efetivamente protegem os arranjos institucionais estabelecidos, tendo efeitos de *feedback* no processo político
- 4) As políticas de saúde configuraram uma estrutura institucional para sua implantação e condicionaram determinados comportamentos. Nessa medida, contribuíram para a formação dos objetivos e das preferências dos atores afetados pela política, tendo o efeito de dificultar o abandono de certa trajetória, tornando quase inacessíveis as alternativas que alterassem radicalmente o padrão de comportamento vigente.
- 5) A forma histórica de desenvolvimento da assistência não favoreceu a constituição de uma identidade coletiva entre o público-alvo da política capaz de articular uma demanda universalista. Ao contrário, propiciou a corporativização das demandas de saúde.
- 6) A opção anterior pela compra de serviços de prestadores privados não permitiu que fosse desenvolvida a capacidade prestadora do governo, tendo como um dos seus efeitos tornar o setor público dependente dos serviços privados, colocando limites estruturais à mudança de trajetória.
- 7) As regras e procedimentos institucionalizados na configuração que assumiu a assistência à saúde, caracterizada pela segmentação e pela constituição de um *mix* privado/público, teve como outro de seus efeitos a atribuição de significados à realidade e a conformação de determinadas concepções sobre o público e o privado, de tal forma que os padrões estabelecidos tendem a ser readotados, naturalizando as escolhas do passado e conformando a preferência por serviços privados.
- 8) A reforma na política de saúde após a Constituição, embora seja uma ruptura institucional ao alterar os princípios que norteavam a política anterior, vai significar também grandes continuidades, particularmente a convivência de formas públicas e privadas de assistência. Ao mesmo tempo em que se realiza, de fato, uma reforma, essa mudança é limitada pela antiga estrutura institucional, além de não ser capaz de

desmontá-la, constituindo-se, realmente, uma dupla trajetória: a da assistência pública e a da privada.

- 9) A reforma da política de saúde que levou à criação de um sistema público universal é explicada a partir da confluência de dois fatores: crise do financiamento da assistência; e mudanças no contexto político mais amplo. O contexto de democratização permitiu a constituição e influência no processo decisório de novos atores, portadores de propostas alternativas para a saúde, em uma situação de desequilíbrios institucionais favorável à inovação institucional, mas, que, pelo legado anterior, tendeu a inovações limitadas.
- 10) O caráter dual da assistência é consagrado e legitimado no final da década de 90 com o estabelecimento de uma política regulatória para o sistema privado como parte da política de saúde que formaliza a segmentação e institucionaliza, de forma legal, a trajetória da política de saúde, enfraquecendo os princípios igualitários do SUS.
- 11) A regulação das atividades privadas de assistência à saúde não expressa uma convergência com o movimento difundido internacionalmente pela privatização da saúde, embora o modelo regulatório, que assumiu o formato institucional de uma agência reguladora, expresse a influência do contexto político e ideológico de reforma do Estado que caracteriza o período.

### **1.7.2 Estratégia analítica, fontes e estrutura do trabalho**

A questão teórica mais geral que se tratou de responder foi: As políticas de saúde estabelecidas particularmente a partir dos anos 60 modelaram o processo político subsequente e condicionaram as reformas posteriores, colocando limitações para a implantação de uma reforma radical no sistema de atenção à saúde, tal como definida formalmente na Constituição?

A partir da noção de dependência de trajetória, a estratégia consistiu em realizar uma reconstituição histórica da trajetória da assistência à saúde no Brasil, articulando a seqüência de processos decisórios com o contexto institucional das políticas de saúde anteriores, entendendo as decisões como resultado das relações entre a atuação dos atores afetados pelas políticas e as limitações institucionais – entre elas, a forma de atuação do Estado –, a partir das quais são feitas as escolhas.

A perspectiva histórica é que permite analisar a relação entre as políticas prévias e as escolhas recentes, identificando os mecanismos por meio dos quais as políticas de saúde definidas anteriormente afetaram o seu desenvolvimento posterior, particularmente ao influenciar o processo político não apenas por constituir atores e interesses, mas também por condicionar a formação de suas preferências e modelar as interações e as estratégias políticas dos grupos beneficiados por ela, de tal forma que as transformações da política passaram a fluir nos parâmetros determinados pelo próprio formato da política.

Do ponto de vista teórico-metodológico, a identificação desses mecanismos, implícitos no modelo analítico utilizado, permite transcender a simples descrição de fenômenos históricos singulares e fornecer uma explicação plausível para eles, validando a pertinência de determinados argumentos teóricos e conciliando a descrição de processos históricos com a explicação causal fundamentada em um modelo teórico explícito que guia a escolha dos fatores explicativos e a seleção dos componentes empíricos.

Em função da perspectiva analítica adotada, a direção da pesquisa procurou partir das políticas de saúde e identificar a presença ou não de ligação da política com as atividades de grupos específicos. Para isso, o estudo focalizou três momentos constitutivos de desenhos institucionais na política de assistência à saúde, que são:

- 1) Década de 60: esse período é caracterizado pela montagem e expansão do “modelo médico assistencial privatista”, assim denominado pela literatura comum na área de saúde. A política de assistência à saúde então estabelecida implicou a opção pela compra de serviços privados com financiamento do Estado. Com isso, estruturaram-se diferentes atores privados a partir dos incentivos fornecidos pela política de saúde e constituíram-se interesses, formas de organização desses interesses e instituições privadas de saúde, e, correlatamente, não se desenvolveram capacidades estatais para a prestação de serviços de saúde públicos, principalmente no nível da atenção secundária e terciária. Nesse período, as instituições privadas de assistência à saúde, a princípio constituídas de forma vinculada à política governamental, progressivamente vão se tornando autônomas.
- 2) Década de 80: caracterizada pela reforma do sistema de saúde como resultado de um amplo movimento social em prol de uma reforma sanitária, no bojo de um processo de transição democrática que enfatizava não apenas a retomada do Estado de direito mas também a ampliação dos direitos de cidadania com a incorporação de direitos

sociais, entre eles o direito à saúde. Apesar de configurar uma reforma radical em termos legais, no formato global da assistência à saúde, mantiveram-se praticamente inalteradas as características do *mix* privado/público. Na mesma década, deu-se a expansão da assistência privada por meio de diferentes formatos institucionais.

- 3) Década de 90: fase de implantação da reforma do sistema público prevista na Constituição. Ao mesmo tempo, ocorre o processo de regulação do setor privado, com a intenção de incentivar o desenvolvimento do mercado de planos de saúde.

O período coberto pela pesquisa vai de 1960 até os dias de hoje, com pequena incursão aos anos 30. As fontes utilizadas foram de diferentes naturezas e os dados levantados buscaram atender não apenas aos objetivos teórico/explicativos, mas também ao objetivo de descrever e dimensionar os segmentos público e privado na assistência à saúde no Brasil. Em primeiro lugar, recorreu-se à bibliografia setorial, buscando fazer uma releitura a partir do fio condutor que norteou esta análise, valendo-se das informações disponibilizadas por essa literatura, particularmente para o período de 1960 a 1980.

Para a caracterização da assistência à saúde no Brasil, no sentido de dimensionar os dois subsistemas que a compõem (o público e o privado) em relação à cobertura, capacidade instalada e perfil das respectivas clientelas, foram utilizadas diversas fontes: os microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/IBGE) de 1998, a qual incluiu um suplemento específico sobre saúde, que constitui o único *survey* de conhecimento público a cobrir o conjunto da população brasileira e apresenta informações sobre planos privados; dados da Pesquisa de Assistência Médica Sanitária (AMS/IBGE), utilizando toda a sua série histórica, que cobre o período de 1976/99, o qual permite quantificar a rede de serviços de saúde, tanto privada quanto pública; dados do Ministério da Saúde (MS); e dados das entidades representativas das operadoras de planos de saúde privados.

Para a análise do processo político vinculado à arena da saúde, foram utilizados, além de fontes bibliográficas, os dados do sistema de informações do Congresso Nacional relativos a três processos decisórios cruciais: o processo constituinte, a regulamentação dos planos privados de saúde e a aprovação da Emenda Constitucional 29, que vincula recursos para a saúde. Nesses casos, foram pesquisadas, particularmente, as notas taquigráficas das audiências públicas, a tramitação dos projetos nas comissões e as discussões em plenário. Foram também realizadas



entrevistas com alguns atores representantes de diferentes setores, além do levantamento de informações sobre as organizações de interesses dos setores ligados ao mercado privado de saúde.

Sem a pretensão de generalizar, foi realizada uma pesquisa qualitativa com 90 (noventa) pessoas, em Belo Horizonte, divididas igualmente em três estratos, a partir do nível de renda, incluindo participantes e não participantes de planos de saúde privados. Essas pessoas foram entrevistadas com o objetivo principal de captar opiniões e imagens sobre os sistemas público e privado de assistência à saúde. Na ausência de dados que possam ser generalizados, essa pesquisa é sugestiva das conseqüências cognitivas das políticas de saúde sobre os seus usuários e permite especular a respeito de seus efeitos sobre a trajetória futura.

Por fim, foram utilizados também documentos de diferentes origens, publicações oficiais, legislação e outras fontes impressas. O grande esforço de pesquisa tornou-se necessário frente ao escopo da análise e em função da perspectiva histórica que informa o trabalho. Além disso, o volume de dados quantitativos atendeu ao objetivo de fornecer uma descrição do sistema de assistência à saúde no aspecto da relação público/privado, buscando preencher uma lacuna na bibliografia disponível.

Nos capítulos seguintes, é desenvolvida a análise da trajetória da assistência à saúde, enfatizando o aspecto da relação público/privado. O fio condutor é a identificação dos processos que são conseqüências da política definida nos anos 60, os quais, de forma cumulativa e interativa, vão configurando a moldura institucional a partir da qual as decisões são tomadas. Esses capítulos foram estruturados de forma a mesclar a análise sincrônica com a temática, uma vez que a lógica desses processos não foi apreendida de forma linear. No capítulo 2, é analisada a constituição do *mix* privado/público na assistência à saúde, enfocando as decisões governamentais, com vistas à expansão da assistência pública, que levaram à constituição de determinada estrutura institucional e estabeleceram regras para a prestação da assistência, apesar da existência de propostas alternativas quanto à forma de prestação de serviços. A análise desenvolvida nesse capítulo é que dará fundamentação ao argumento desenvolvido para explicar a política atual, e o período analisado cobre as décadas de 60 e 70. Mais do que explicar a constituição do modelo de assistência, o objetivo principal é descrever a configuração institucional e política decorrente da política definida, que fornecerá a chave interpretativa das características da reforma e da trajetória posterior. Ou seja, entender como uma seqüência de decisões se desenvolve, como se objetiva em instituições e

como conforma atores e interesses. Em outras palavras, esse capítulo visa apresentar a variável independente – as políticas prévias – que permite explicar, em grande parte, as características da política atual de assistência à saúde.

O capítulo 3 faz um corte na análise da trajetória da política de saúde e focaliza a gênese e expansão das formas privadas de assistência à saúde, em grande parte, a partir de incentivos e escolhas governamentais. Mesmo que esses processos sejam articulados às políticas de saúde, ao fazer esse corte temático, a análise busca apreender a dinâmica do setor privado em uma perspectiva longitudinal, que vai das suas origens mais remotas até o presente. Além de descrever e mensurar o setor privado, os objetivos consistem em identificar os atores e interesses que constituem a arena da saúde e as práticas e comportamentos desenvolvidos (como efeitos *lock-in* das políticas públicas), constituindo uma rede complexa de atores, organizações e beneficiários da assistência privada.

O capítulo 4 retoma a análise da trajetória da política relativa à assistência à saúde a partir de meados da década de 70, caracterizada tanto pelo aprofundamento dos traços antigos quanto pelo surgimento de propostas alternativas, que se expressam em um movimento político e de idéias que se afirmam no processo constituinte. Em função de uma conjuntura favorável, que possibilitou um desequilíbrio de tendências nos arranjos institucionalizados, de forma intencional se modelou um novo desenho para a política de saúde. Esse processo, associado às “regras do jogo”, definidas pelas decisões e processos anteriores, fornece a interpretação dos novos arranjos estabelecidos nos anos 80, caracterizados, ao mesmo tempo, por rupturas e continuidades. Em suma, o capítulo trata dos efeitos de *feedback* das políticas anteriores sobre a reforma dos anos 80, elucidando os mecanismos por meio dos quais eles atuam. Ao mesmo tempo, procura-se explicar a ruptura institucional e as continuidades do novo modelo de assistência estabelecido; a primeira, explicada pela conjuntura de democratização e de crise, e as segundas, pela dependência de trajetória. O período analisado vai até o final da década de 90, correspondente à implementação da reforma constitucional, quando os mesmos efeitos vão continuar operando.

O capítulo 5 é de caráter mais descritivo e fornece evidências mensuráveis das conseqüências da trajetória da política de assistência à saúde, expressas na conformação da rede prestadora de serviços e na segmentação dos usuários. No primeiro caso, a evolução da rede prestadora pública e privada reflete o legado das políticas de saúde e

aponta os pontos de estrangulamento de ordem estrutural para a assistência pública. No segundo caso, o objetivo do capítulo é dimensionar e caracterizar a clientela dos dois sistemas – o público e o privado –, bem como a inter-relação entre as duas formas de acesso a serviços de saúde. Essa caracterização não é relevante apenas para demonstrar os efeitos da política, mas permite refletir sobre os seus desdobramentos a partir das possíveis conseqüências das características da segmentação das clientelas. No mesmo capítulo são sugeridos alguns efeitos cognitivos do modelo da política de saúde sobre os usuários, expressos em representações e imagens sobre o público e o privado.

O capítulo 6 discute o processo de constituição de uma política regulatória voltada para o segmento privado da assistência, que, ao introduzir formalmente a assistência privada no escopo da política de saúde, consagra a dualidade do sistema de assistência à saúde no país, sendo a expressão acabada de toda sua trajetória. Esse processo reflete de forma objetiva os efeitos de *feedback*, nos seus diversos mecanismos, e indica a influência do contexto de reforma do Estado na escolha do instrumento regulatório. Isso não significa, contudo, o abandono dos instrumentos anteriores de intervenção governamental, particularmente a propriedade pública. Em suma, a regulação consolida a dupla trajetória da assistência.

Por fim, o capítulo 7 apresenta uma síntese das principais conclusões a que foi possível chegar, apresentadas ao longo do trabalho, que articulam as evidências históricas com os argumentos analíticos propostos inicialmente e fornecem uma explicação plausível para as contradições da política de saúde brasileira.

## 2 A CONSTITUIÇÃO DO *MIX* PRIVADO/PÚBLICO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

### 2.1 Introdução

Se decisões governamentais em um determinado tempo modelam o processo político subsequente e têm efeitos institucionais, na medida em que definem “regras do jogo”, e em função disso são potentes para explicar as políticas posteriores, o percurso analítico para explicar o formato institucional contemporâneo da assistência à saúde no Brasil deve partir dessas decisões, ou seja, do momento constitutivo dessa política pública, e a partir daí, ir reconstruindo as relações das políticas públicas com o processo político-decisório posterior.

Em função disso, este capítulo tem como objetivo analisar o processo histórico de constituição do modelo de assistência à saúde no Brasil enquanto um componente específico das políticas de saúde ao qual se limita este estudo. Será essa análise que dará fundamentação ao argumento desenvolvido para explicar os paradoxos da política atual. Especificamente, visa-se analisar a constituição do *mix* privado/público na assistência à saúde e seus desdobramentos em termos da estrutura institucional desenvolvida em decorrência das decisões governamentais no sentido de expandir a assistência pública a partir, principalmente, da década de 60. Não se tratará aqui de buscar explicar, em termos de sua causalidade, a gênese da assistência pública sob a forma de um modelo que, desde então, assume as características de um *mix* privado/público. O que se pretende é descrever a configuração institucional e política decorrente de uma seqüência de decisões que fornecerá a chave para a interpretação da trajetória posterior e, fundamentalmente, dos limites que vão se colocar para a reforma sanitária a partir dos anos 80. De acordo com o argumento analítico que guiou este estudo, é necessário partir da identificação das escolhas do passado, uma vez que as escolhas posteriores serão constrangidas pelas primeiras. Isso significa que o relato histórico é também uma construção analítica a partir dos meus argumentos teóricos que justificam o corte temporal realizado, na medida em que o ponto de partida é a década de 60, embora não se deixe de remeter aos anos 30, quando é possível identificar as origens mais remotas do modelo gestado posteriormente.

Em síntese, este capítulo visa discutir a variável independente – as políticas de saúde prévias – consideradas aqui como de grande poder explicativo do formato da assistência à saúde atual, que tem como uma de suas características a existência de um

sistema dual, composto por um segmento público formalmente universal e um setor privado autônomo, ambos fortemente institucionalizados e regulados. Essa variável se desdobra em diferentes processos que definem as suas características e efeitos, os quais especificam algumas das proposições analíticas mais gerais definidas no capítulo anterior:

- 1) As opções governamentais relativas à assistência à saúde a partir dos anos 30, mas particularmente a partir dos anos 60, favoreceram a constituição de uma determinada articulação entre a assistência pública e a privada, e, principalmente, a expansão do setor privado. Isso se deu tanto no caso do setor privado prestador de serviços de saúde, que passou a ter no setor público a garantia de um mercado cativo, quanto no setor empresarial organizador de formas privadas de assistência, também esse sendo incentivado por meio da alocação de recursos financeiros públicos, que propiciaram o desenvolvimento de formas coletivas e empresariais de assistência, vinculadas à inserção no mercado de trabalho. Esses incentivos governamentais terão, assim, o efeito de contribuir para o estabelecimento de certos padrões de comportamento e de determinados investimentos por parte de atores privados do setor saúde, como efeitos *lock-in* das opções prévias, criando trajetórias difíceis de reverter. Em consequência, essas opções governamentais influenciaram a constituição de atores e a estruturação dos interesses privados, e nessa medida condicionaram os conflitos políticos posteriores relativos às políticas de saúde ao estruturar a arena setorial.
- 2) Ao optar pela compra de serviços privados para expandir a assistência pública, outra consequência da política estabelecida nesse período foi o baixo desenvolvimento das capacidades estatais para a produção de serviços de saúde compatíveis com a trajetória de ampliação crescente da cobertura pública. Um efeito de *feedback* dessa opção será a crescente dependência governamental do setor privado, o que tornará o setor público vulnerável às pressões privadas e minará sua capacidade regulatória.
- 3) A expansão da assistência médica se deu a partir da segmentação entre os trabalhadores, objeto das políticas. A forma corporativa que caracterizou a criação e expansão da previdência social brasileira, e vinculada a ela a assistência à saúde, expressou-se como uma conquista ou uma concessão para grupos particulares de trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho. Dessa forma, na sua origem, a assistência médica pública não se constituiu a partir de objetivos universalistas e

igualitários e ao longo do tempo foram se desenvolvendo formas variadas de segmentação, que se traduziam na inserção em instituições de saúde diferentes. Uma das conseqüências dessa segmentação institucional foi a ausência de uma efetiva solidariedade entre os trabalhadores e de uma consciência de interdependência, de forma a constituir uma coletividade<sup>22</sup>. Isso vai se traduzir posteriormente na ausência de uma sustentação política efetiva, embora ela se desse formalmente, dos trabalhadores organizados a um sistema de saúde público universal.

O capítulo foi construído, principalmente mas não exclusivamente, a partir de uma releitura da vasta literatura disponível. A partir da segunda metade da década de 70, floresceu no Brasil a pesquisa em saúde coletiva e desenvolveu-se uma vasta produção analítica sobre as políticas de saúde, no contexto de um grande debate em torno da “capitalização da medicina” e do sistema previdenciário. Nesse período, foi produzida uma bibliografia significativa, que destacava entre os temas analisados a participação do setor privado no sistema público de prestação da assistência à saúde de caráter individual, a qual buscava evidenciar as articulações econômicas e ideológicas da prática sanitária a partir de uma perspectiva histórico-estrutural. Alguns desses estudos praticamente se tornaram referências obrigatórias para todos que em algum momento se debruçaram sobre a compreensão das políticas de saúde brasileiras, e suas conclusões praticamente constituíram quase um consenso no campo analítico de maior relevância na área da saúde.

Os principais argumentos teóricos presentes nessas análises convergem no sentido de identificar a forma de expansão dos serviços de saúde como condicionada às necessidades de reprodução do capital no setor saúde, a partir do reconhecimento do caráter de classes das sociedades modernas – ponto de partida que ilumina a compreensão dos determinantes da intervenção estatal na sociedade e também na saúde. Vista enquanto uma atividade econômica, a produção de serviços de saúde torna-se, a partir da ação estatal, um espaço importante para a acumulação capitalista pela integração entre empresas médicas e o Estado. Nessa perspectiva, a política assistencial

---

<sup>22</sup> Situação que é diferente da identificada por Hochman ao analisar as políticas de saúde pública no Brasil da Primeira República. Um de seus pressupostos, e que sua pesquisa permite comprovar, é que as políticas públicas e nacionais de saúde resultaram da difusão e da consciência da interdependência, dos dilemas e problemas impostos pelo consumo de males públicos e pela produção de bens públicos e das oportunidades vislumbradas de obtenção de benefícios com a regulação estatal desses efeitos negativos (1998: 38-39). Se isso é bastante plausível para o caso das políticas de saúde pública, de caráter coletivo, não se aplica ao caso da assistência à saúde de caráter individual, na qual a segmentação e corporativização foram a marca, de forma a fortalecer visões e demandas particularistas.

acolheu os interesses dos prestadores privados de serviços e das empresas médicas ao privilegiar a prestação privada de serviços, mesmo que com a responsabilidade e financiamento públicos, ao invés de expandir a rede pública. Nesse sentido, a ação governamental se tornou instrumental aos interesses capitalistas, condicionada às preferências das classes dominantes.

Sem polemizar com as interpretações presentes nessa literatura, que em grande medida refletem as tendências teórico-explicativas dominantes no período e trazem a marca de um certo anacronismo dos esquemas analíticos<sup>23</sup>, buscou-se aqui inverter a questão e indagar se as ações governamentais também não teriam condicionado o mercado político, de tal forma que o Estado não pode ser considerado apenas como refém dos interesses econômicos dos empresários do setor de saúde. Sem negar os interesses privados previamente constituídos, a política dos anos 60 não é entendida aqui a partir de uma relação causal simples entre interesses econômicos e a criação de um determinado formato da política de saúde. Ao contrário, a política estabelecida contribuiu para a própria configuração do Estado, além de ter estruturado determinados interesses e gerado comportamentos fortemente imbricados ao setor público.

Apesar dessa inversão analítica, este capítulo tem como principal referência empírica os textos de maior repercussão normativa e ou teórica dessa literatura produzida nos anos 70 e 80, visando recuperar a história das políticas de saúde do Brasil, especificamente o estabelecimento e desenvolvimento do desenho institucional da prestação de serviços que teve como uma de suas características centrais a participação, de forma diversificada, do setor privado<sup>24</sup>.

## **2.2 Antecedentes históricos da política de assistência à saúde: a vinculação com a Previdência Social – segmentação e vinculação ao contrato de trabalho**

---

<sup>23</sup> A marca característica de grande parte da produção teórica dessa fase é ter se constituído como um “saber militante”, o que, se do ponto de vista político valoriza essa produção, não o faz sem outros riscos do ponto de vista analítico.

<sup>24</sup> Entre os livros mais difundidos e cujo referencial empírico será utilizado neste estudo destacam-se os trabalhos clássicos de Braga e Paula, 1981; Cordeiro, 1984; Donnangelo, 1975; Luz, 1986; Oliveira e Teixeira, 1986; Possas, 1981; Rezende e Mahar, 1974. A maioria dos dados empíricos, documentais e estatísticos utilizados neste capítulo foram extraídos dessa literatura, que, apesar das limitações justificadas pelas dificuldades de informações daquele período, é rica em evidências empíricas, sendo alicerçada em documentos, entrevistas, pronunciamentos, publicações da imprensa, seminários, congressos e dados obtidos em fontes governamentais. Em conseqüência, eles são suficientes para permitir uma caracterização institucional do *mix* privado/público no período que vai da década de 60 até a de 80.

O surgimento e expansão da assistência médica individual no Brasil enquanto uma política pública faz parte do processo de montagem e desenvolvimento da Previdência Social. A estruturação do sistema previdenciário, de forma incipiente a partir dos anos 20 e mais intensamente a partir dos 30, é o marco básico do sistema de proteção social montado no Brasil, por meio do qual se desenvolveu a sustentação pelo Estado dos direitos sociais.

Na medida em que surge incorporada aos benefícios previdenciários, ainda que de forma incipiente, a assistência médica, desde sua origem, vai ter as marcas da estrutura institucional da Previdência Social da qual fazia parte. Entre elas, a segmentação de clientelas, 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. E, o que é fundamental, a assistência médica governamental surge como um benefício vinculado ao contrato de trabalho formal 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 a população.

A expressão mais evidente dessa perspectiva securitária é a dicotomização que se estabeleceu na política de saúde brasileira até o final da década de 80, expressa em uma diferenciação funcional e institucional. Ao Ministério da Saúde couberam as ações de caráter coletivo que desde o início do século XX se difundiram no Brasil, sob a forma do “sanitarismo campanhista”. À Previdência Social, nos diversos formatos institucionais que assumiu ao longo de sua trajetória, coube a assistência à saúde de caráter individual, restrita aos segurados da previdência social e seus dependentes.

As primeiras instituições previdenciárias surgidas por iniciativa estatal para os trabalhadores do setor privado, uma vez que já existiam diversas iniciativas voltadas para funcionários públicos, são as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), criadas nas empresas a partir de 1923 por determinação governamental e com a participação de recursos públicos. Nas CAPs já estava prevista a prestação de alguns serviços médicos aos trabalhadores cobertos e seus dependentes na condição de filiados ao seguro social, embora a legislação não especificasse a forma nem os recursos disponíveis para essa finalidade. A assistência era, entretanto, restrita aos trabalhadores vinculados às empresas com mais de 50 empregados para as quais havia a obrigatoriedade de criação de caixas. A forma de provisão dos serviços médicos se fazia desde então pela compra de serviços privados, escolha que foi justificada pela fragmentação do seguro social por



empresa que tornava impraticável, do ponto de vista de escala, a manutenção de serviços próprios<sup>25</sup>.

Na década de 30, o sistema previdenciário brasileiro passa por profunda reformulação, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que sucederam e foram absorvendo as CAPs. Ao invés de serem vinculados a uma empresa como as caixas, os IAPs incorporam, cada um deles, uma categoria profissional e passam a ser de caráter nacional. Os efeitos da criação sucessiva de vários IAPs em relação à assistência médica consistiram, por um lado, em possibilitar a ampliação da assistência, ao estender a cobertura previdenciária às diferentes categorias profissionais, e, por outro, em institucionalizar a diferenciação dessa assistência por categoria de trabalhadores, reproduzindo na saúde as diferenciações observadas nas características gerais de cada Instituto. Até sua unificação, em 1966, as instituições previdenciárias eram marcadas pela heterogeneidade, em relação tanto à legislação específica quanto ao número de segurados, à arrecadação e às despesas, apesar de ser generalizada a precariedade das condições financeiras.

Essa nova estrutura previdenciária é implementada juntamente com a legislação trabalhista e sindical durante o governo Vargas, que, em conjunto, constitui a nova forma de regulamentação da relação capital/trabalho<sup>26</sup>. O período Vargas que se inicia

---

<sup>25</sup> Se entendemos que as decisões são resultado de escolhas entre alternativas, mesmo que estruturadas segundo parâmetros institucionais de diferentes ordens, é possível especular que outras escolhas poderiam ter sido feitas.

<sup>26</sup> As interpretações mais consagradas sobre a origem da Previdência Social brasileira identificam dois fatores explicativos principais, intimamente relacionados. Por um lado, o surgimento do modelo previdenciário brasileiro é visto como um projeto da classe empresarial, interessada em garantir condições mínimas de estabilidade aos trabalhadores, contendo conflitos e tensões que ameaçavam despontar no seio da classe operária em processo de crescente organização. Dessa forma, é consequência de uma tentativa da elite no poder de esvaziar a agitação operária mediante um enfoque reformista da questão social e sob a forma de concessão de direitos (Possas, 1981; Malloy, 1976; Cohn, 1981-1996; entre outros). Por outro lado, essa concessão sugere o atendimento de demandas históricas dos trabalhadores, tendo também o sentido de conquista de direitos sociais (Cohn, 1981, 1996; Donnangelo, 1975). Uma terceira interpretação corrente na literatura dos anos 70 e 80, e que em grande medida incorpora as anteriores, é uma atualização brasileira da hipótese da convergência em sua vertente marxista-estrutural, internacionalmente utilizada na interpretação da origem das políticas sociais. Nessa perspectiva, a criação e desenvolvimento da Previdência Social são parte de um processo de reatualização, pelo Estado, de condições necessárias à preservação e aos desdobramentos da ordem social capitalista que se explicita a partir da análise das situações históricas consubstanciadas na Revolução de 30. Essas seriam apenas particularizações de processos em desenvolvimento no conjunto do sistema capitalista, como as crises econômicas e pressões sobre a estrutura de poder atribuíveis às classes sociais. As tensões geradas pelas contradições econômicas, fazendo pesar sobre os assalariados urbanos o efeito das crises periódicas da economia de exportação e levando à sua adesão ao movimento político revolucionário, explicam o desenvolvimento do processo político-econômico do governo Vargas, tanto de incorporação dos assalariados ao processo político quanto de promoção da industrialização. Se do ponto de vista dos assalariados a política trabalhista então estabelecida, englobando a Previdência Social e a legislação que regulamentava as relações entre o trabalho e o capital, é uma resposta a reivindicações de consumo de mínimo de bens e serviços, do ponto de vista do Estado trata-se de criar condições para a

em 1930 marca um momento de reorganização das relações Estado/sociedade de forma corporativista, que teve como um de seus objetivos incorporar os trabalhadores urbanos ao jogo político, embora de forma subordinada ao Estado. Isso se deu pelo reconhecimento do trabalho organizado e de políticas sociais. Ao lado dos sindicatos e dos tribunais trabalhistas, a previdência social era uma instituição fundamental na estrutura legal montada para se apropriar do espaço de demanda e do espaço organizacional, definindo quem e como poderia representar o trabalho (Menicucci, 1990:55; Malloy, 1986).

No conceito consagrado de Santos (1979), estabeleceu-se no Brasil a “cidadania regulada”, que traduz a relação entre ocupação e cidadania, sendo reconhecidos determinados direitos sociais a setores de assalariados urbanos. Entre esses direitos, vai se inserindo o da assistência à saúde, mesmo que de forma secundária em relação às prestações previdenciárias propriamente ditas.

Entretanto, 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 IAPI, 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 reservas pelo qual se relegava a assistência a um plano secundário. Essa passa a ser condicionada às disponibilidades das instituições previdenciárias, além de serem estabelecidos tetos máximos para as despesas com esses serviços (Oliveira e Teixeira, 1986; Donnangelo, 1975; Cordeiro, 1984). Será apenas no final dos anos 50 e, principalmente, no início da década dos 60 que ocorrerá uma substancial expansão da assistência médica previdenciária de forma a constituir um novo padrão de atenção à saúde no país, até então, em grande parte, de natureza privada (Braga e Paula, 1981)<sup>27</sup>.

---

preservação e expansão da ordem capitalista por meio da reorganização dos fatores básicos de produção: capital e trabalho (Donnangelo, 1975).

<sup>27</sup> De acordo com a análise de Possas (1981), o crescimento das atividades dos IAPs no campo da medicina foi viabilizado pela expansão da indústria farmacêutica que favoreceu a constituição de uma medicina de massa. No campo das idéias, partir de 1945, com o advento das idéias beveridgeanas relativas a uma previdência ampla, assistencial e pública, foi que as idéias de seguro social restrito foram parcialmente suplantadas.

No âmbito dos institutos, a extensão dos serviços médicos e assistenciais era, em parte, condicionada às pressões da massa segurada, que apresentavam variações de intensidade entre as categorias profissionais. Isso se refletia nas variações do gasto com assistência médica, que, por exemplo, em 1964 variavam entre 20,2% do total de despesas no Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI) a 63,4% no Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários (IAPB), o mais pródigo dos IAPs em função da capacidade também maior de mobilização e pressão dos bancários. Essa categoria incluía de forma mais ativa a assistência médica entre suas reivindicações. Nas demais categorias, embora a questão estivesse presente, não era prioritária (Cordeiro, 1984). Outro fator, contudo secundário, que pressionou a expansão da assistência médica pelos Institutos foi a ocorrência de grande número de afastamentos por invalidez, que onerava o sistema previdenciário com o pagamento de benefícios pecuniários e punha em risco o seu equilíbrio financeiro. A assistência médica funcionando como prevenção favorecia a diminuição de concessão desse tipo de benefício (Donnangelo, 1975).

Isso significa que, apesar de os programas de assistência médica terem se ampliado, não se desenvolveu uma política deliberada de assistência à saúde nos IAPs. Somente com a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), promulgada em 1960, que propunha a uniformização dos benefícios previdenciários, a assistência médica passou a ser assumida como parte inerente da Previdência Social, devendo ser assegurada a todos os seus beneficiários. Ao mesmo tempo, por intermédio da LOPS, o governo legitimou uma prática que já vinha existindo, permitindo que empresas atendessem seus empregados e dependentes mediante serviços próprios ou contratados. Mas mesmo na LOPS, a assistência permaneceu condicionada às disponibilidades financeiras, não se definindo uma fonte específica de financiamento, embora já a essa época se identificasse entre alguns setores técnicos da previdência a necessidade de uma fonte de custeio para a saúde. Essa característica de nascer imbricada à previdência como um benefício secundário em relação às prestações previdenciárias vai ser outra das marcas da assistência à saúde ao longo de sua trajetória. Nem mesmo a Constituição de 1988, que consagrou em termos formais a obrigação pública em relação à saúde, não logrou resolver a questão do seu custeio por meio de fontes independentes da Previdência. Apenas muito recentemente, pela Emenda Constitucional 29/2000, é que foram definidas fontes específicas para financiamento da saúde, questão que será retomada mais à frente.

O caráter secundário da assistência médica, enquanto política pública no âmbito previdenciário até os anos 50, pode ser verificado pelas despesas com esses serviços em relação às despesas típicas do seguro social (aposentadorias e pensões), que constituíam a função básica da previdência social. Como mostram vários autores (Braga e Paula, 1981; Possas, 1981; Oliveira e Teixeira, 1986; Rezende da Silva e Mahar, 1974), embora tenha ocorrido aumento dos gastos reais com assistência médica no período de 1923 a 1949, os coeficientes em relação à despesa e à receita totais são decrescentes, e até 1950 não se verificou nenhuma expansão significativa da assistência médica individual. É na década seguinte que se torna expressiva a amplitude do sistema previdenciário enquanto política de atenção à saúde, paralelamente ao correspondente processo histórico de centralização institucional e política. Do ponto de vista institucional, o desenvolvimento da Previdência Social logo no início do governo militar inaugurado em 1964 significou a unificação de todos os institutos em uma única estrutura institucional, abrangendo toda a força de trabalho, com a criação, em 1966, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que estendeu o seguro social para todos os assalariados urbanos. Ao absorver número cada vez maior de assalariados como contribuintes compulsórios, a previdência social passou a mobilizar volume crescente de recursos e aumentou progressivamente a participação da assistência médica no conjunto das despesas<sup>28</sup>.

Outro indicador da pouca relevância da assistência médica ou da ausência de uma política deliberada de assistência antes da década de 60 está no fato de que dos aproximadamente sete milhões de segurados que se incorporam ao INPS em 1967 por força da unificação dos IAPs, apenas cerca da metade contava com serviços médicos de forma regular. A outra metade provinha do Instituto dos industriários, o IAPI, que apenas tardia e timidamente começava a incorporar a assistência médica entre seus benefícios, na medida em que era pouco pressionado por uma categoria ainda frágil politicamente, dado o desenvolvimento ainda incipiente da industrialização no Brasil. Entretanto, foi pioneiro de uma prática que se desenvolverá entre órgãos públicos: desde a década de 40, o IAPI destinava recursos de seu orçamento para garantir uma assistência diferenciada exclusivamente para seu quadro de funcionários.

---

<sup>28</sup> Se em 1949 o gasto com a assistência correspondia a 7,3% da despesa total dos IAPs, em 1960 já era 19,3%, atingindo em 1972, já então no âmbito do INPS, 24,4% dos gastos (Braga e Paula, 1981:69-71). Entre 1965/69 os gastos com assistência médica cresceram 158%, ao passo que os com os benefícios previdenciários cresceram 70% (Bacha, Matta e Mondenesi, 1972, *apud* Braga e Paula, 1981:107).

### 2.3 Expansão da assistência à saúde enquanto política governamental

Na década de 60, fica explicitada a disposição pública no sentido de tornar a assistência à saúde uma política governamental, situação que é evidenciada nos pronunciamentos, regulamentos, congressos e seminários do período, nos quais são constantes as temáticas da generalização e da institucionalização da atenção médica<sup>29</sup>. Após a criação do INPS, já no governo militar, quando se concretizou a unificação previdenciária nos termos previstos na LOPS, é que vai se constituir um consenso no sentido de que o Estado deveria estender os serviços de saúde a toda a população. Paralelamente à extensão da cobertura previdenciária, que na década de 80 passou a abranger a quase totalidade da população urbana e parte da rural, verifica-se um movimento de ampliação da cobertura da assistência médica.

Dois fatores justificam o aumento da prestação de serviços médicos e dos gastos correspondentes no âmbito do INPS: em primeiro lugar, as pressões por cuidado médico, em função do processo de industrialização e urbanização, que colocou nas grandes cidades uma massa assalariada em más condições de trabalho e baixa remuneração (Braga e Paula, 1981; Cohn, 1996); em segundo, a tecnificação e elevação dos custos dos atos médicos. A partir dos anos 50, ocorre, de forma generalizada, em diferentes países, uma elevação substancial dos custos com assistência médica, associada às transformações científicas e tecnológicas, que geraram mudanças no saber e na prática médica e levaram à maior utilização de medicamentos, serviços para diagnóstico e incorporação mais intensiva de equipamentos. Entre as conseqüências desse processo estão a diversificação de especialidades e da mão de obra empregada e a localização do hospital como local de encontro das diversas especialidades médicas enquanto detentor da infra-estrutura e dos equipamentos necessários<sup>30</sup>.

---

<sup>29</sup> Em estudo clássico das instituições médicas, Luz (1986:81) analisa as temáticas dominantes nos discursos institucionais do período 60/64, nos quais essa disposição pública é evidenciada. De acordo com sua interpretação, a universalização da atenção médica não foi uma reivindicação das classes subalternas nas lutas operárias ou nos movimentos sociais mais amplos, sendo, antes, um projeto de hegemonia burguesa conduzido pelas instituições médicas.

<sup>30</sup> Na linguagem da literatura dos anos 70 e 80, o cuidado médico deixa de ser “artesanal” – por analogia com o desenvolvimento industrial – e assume características da grande indústria. Nessas análises, as instituições médicas estariam submetidas aos mesmos processos que caracterizam o desenvolvimento capitalista e que envolvem mudanças na organização dos meios de produção e nas relações de trabalho, tais como: eliminação do modelo de produção artesanal, separação entre o produtor direto e os meios de produção, substituição da troca direta entre produtor/consumidor pela venda direta da força de trabalho (assalariamento), divisão do trabalho e concentração dos meios de produção. Acompanhando as transformações mais amplas da sociedade capitalista, a produção de serviços de saúde se integraria ao processo de produção e reprodução do capital.

Também no Brasil a medicina previdenciária, que se expande a partir do final da década de 50, será essencialmente hospitalar e curativa. Expressão do progresso tecnológico, com elevação da eficiência e custos da atenção médica, é o crescimento das despesas hospitalares no âmbito da previdência social bastante superior às despesas ambulatoriais no período de 1960/67, explicado pelas práticas médicas com maior utilização de tecnologia, relacionadas ao consumo dos produtos da indústria de equipamentos e aparatos médicos, e à produção de medicamentos<sup>31</sup>.

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 de 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, órgão responsável por essas ações, e pelo inexpressivo crescimento dos recursos financeiros nos primeiros anos da década de 70<sup>32</sup>. A diminuição da importância político-institucional da saúde pública em relação à assistência à saúde a partir da década de 60 pode também ser constatada pela comparação entre os componentes do gasto público com saúde. Após 1967, observa-se a tendência de ampliação do gasto com assistência médica individual a cargo do INPS em relação ao gasto direto da União, Estados e Municípios com saúde e saneamento em proporção quase que inversa<sup>33</sup>.

---

<sup>31</sup> Ao passo que o crescimento total das despesas com assistência médica no período de 1960/67 variou entre 9,1% em 1965 a 42,4% em 1967, o crescimento das despesas hospitalares no mesmo período variou entre 15,9% ao ano em 1963 a 117,6% em 1965, com uma exceção de crescimento negativo em 1962 a que correspondeu um crescimento das despesas ambulatoriais muito pequeno. Isso significa que nesse período o valor real gasto com assistência médica subiu 3,3 vezes, ao passo que o gasto hospitalar aumentou 9 vezes e o ambulatorial apenas 2,1 vezes (Braga e Paula, 1981:74).

<sup>32</sup> Ao passo que em 1968 a participação do orçamento do Ministério da Saúde no orçamento global da União era da ordem de 2,21%, em 1972 já passa para 1,40%, em 1973 para 0,91%, atingindo apenas 0,90% em 1974. Contrariando essa tendência, ocorre em 1975 um crescimento expressivo dos recursos do Ministério da Saúde na ordem de 35,7 % (Braga e Paula, 1981:91,96), o que se explica pela proposta contida no II PND do governo Geisel de priorizar o setor saúde no campo social.

<sup>33</sup> Em 1967, o gasto direto da União, Estados e Municípios com saúde (e saneamento) correspondia a 56% do gasto estatal em saúde, ao passo que a participação do INPS, responsável pela assistência médica individual, era aproximadamente de 44%, sendo a relação gasto direto/gasto INPS da ordem de 1,27%. Em 1972, o gasto com saúde coletiva se reduz a 45,1% do gasto total com saúde, sendo que em contrapartida, as despesas assistenciais atingem 51,7%, nada menos do que 77% do gasto direto (Braga e Paula, 1981:94). De acordo com Bacha e outros (1972), o maior gasto com assistência médica se justifica pelo fato de ela ser custeada pela Previdência Social que, arrecadando mais, tinha também mais recursos. As ações de saúde coletiva, por sua vez, pela indivisibilidade de seu consumo, não poderiam ser custeadas pelas contribuições previdenciárias de caráter securitário. Essa opinião é contestada por Braga e Paula (1981) para quem a política adotada foi uma opção determinada por interesses que se cristalizavam politicamente no Estado. Para Luz (1986) a explicação para o modelo de estrutura das instituições médicas estabelecido envolve também um fator ideológico, entendendo-se por isso a preferência pelo

Uma das conseqüências da elevação dos custos da assistência médica foi a inviabilização do acesso à medicina privada por parcelas significativas da população, ampliando a demanda por assistência pública. Com a expansão da estrutura hospitalar como o centro do modelo médico assistencial previdenciário, reduz-se violentamente a prática liberal da medicina nos grandes centros urbanos (Luz, 1986).

O caminho para a universalização de cobertura, apontado com a criação do INPS e a unificação de todos os institutos, com a correspondente eliminação das diferenciações entre eles, significou a implosão do arranjo corporativo que caracterizara o início da Previdência Social. Isso só foi possível no governo militar, quando as bases do poder autoritário passaram a prescindir do apoio dos trabalhadores. Portanto, isso não foi o resultado de um movimento dos assalariados em torno da igualdade, os quais, em muitos casos, viram na unificação a perda de benefícios corporativos e se posicionaram contra ela. Isso teve o efeito de retardá-la até o regime autoritário, que excluiu os trabalhadores do jogo político. A universalização da assistência à saúde não se constituiu como uma demanda prioritária dos trabalhadores organizados, que tinham como objeto fundamental de reivindicação no período da democracia populista (1946/64) o controle da previdência social (Cohn, 1996; Luz, 1986). De fato, os IAPs institucionalizaram a segmentação corporativa, por meio da ação discriminatória do Estado, que, ao mesmo tempo em que excluía da cobertura previdenciária aqueles cujo trabalho a Lei desconhecia, garantia benefícios diferenciados no âmbito de cada Instituto (Vianna, 1998). A competição entre categorias profissionais, induzida pelo formato institucional da previdência social, não favoreceu uma atuação reivindicatória mais geral.

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.

## 2.4 Expansão da assistência a partir da compra de serviços privados: constituição de atores e interesses

O fato de a Previdência Social assumir a assistência médica como uma de suas atribuições não implicou necessariamente a instalação de uma infra-estrutura própria de produção de serviços de saúde. Com a unificação dos institutos, a existência de grande demanda reprimida, particularmente dos segurados originados de institutos menos pródigos, gerou uma pressão muito grande sobre as unidades de saúde incorporadas pelo INPS, sem condições de ser atendida de imediato na rede própria previdenciária.

Enquanto vigorava o sistema de uma caixa para cada empresa, não se organizavam serviços médicos próprios, e a caixa financiava o tratamento de seus associados pelos médicos que os assistiam. Algumas caixas viriam a se destacar, em função da maior disponibilidade de recursos, e montaram seus próprios ambulatórios<sup>34</sup>. Para os IAPs, de âmbito nacional e com maior número de segurados, tornou-se viável financeiramente a organização de serviços médicos próprios, opção que não foi, contudo, da maioria, especialmente no caso da assistência hospitalar. Alguns se empenharam em operar hospitais próprios, como o IAPETEC e o IAPFESP, o Instituto dos funcionários públicos e o dos Marítimos. O Instituto dos bancários, embora fosse o mais rico, optou pelo credenciamento de hospitais particulares. O Instituto dos comerciários também priorizou a compra de serviços. Embora fosse o maior, operou apenas três hospitais próprios, mesmo número do Instituto dos Marítimos, que era o menor deles. Ao que parece, os hospitais dos Institutos eram considerados de boa qualidade pelos seus usuários, o mesmo não acontecendo com outras unidades públicas ou filantrópicas, rejeitadas pelos trabalhadores<sup>35</sup>.

A legislação dos Institutos não definia a instalação de infra-estrutura própria de produção, sendo permitidos convênios e contratos com outros institutos e caixas ou com estabelecimentos hospitalares privados. Na inexistência de uma política de ampliação dos serviços próprios, era impossível o atendimento imediato da demanda por meio da produção direta, dada a precariedade da rede pública (Donnangelo, 1975).

---

<sup>34</sup> “Isto ocorreu com ferroviários, bancários e empregados de companhias que exploravam serviços de utilidade pública (luz, gás e telefones). Nestes casos, ou com recursos da própria caixa, ou com auxílio da empresa interessada em melhorar a assistência, algumas caixas puderam montar ambulatórios e contratar pessoal, inclusive médicos” (Bastos: 1979:99).

<sup>35</sup> De acordo com um assessor do MPAS, em palestra realizada em 1976, os trabalhadores mesmo “na assistência médica, só admitiam como alternativa para os serviços de seu Instituto os da medicina liberal e privada. Em nenhuma hipótese aceitavam os serviços de santas casas, de hospitais públicos ou dos de ensino. Estes eram considerados serviços para indigentes, e a desumanização da assistência médica sua indesejável característica” (Bastos: 1979: 99-100).



Principalmente no caso do atendimento hospitalar, a expansão da assistência médica pública, por meio da compra de serviços, recorreu, em parte, à rede de atendimento de natureza privada, que se desenvolvia independente do setor público<sup>36</sup>.

Entretanto, até 1964 a compra de serviços médicos era ainda minoritária e preponderante apenas no caso do IAPI – instituto caracterizado por uma inclinação acentuadamente privatista de sua tecnoburocracia, que exerceu grande influência no desenvolvimento da previdência social brasileira, no interior do qual surgiu a proposta de “privatização” da assistência médica (Luz, 1986). 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<sup>37</sup>. 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, demonstrando investimentos de, pelo menos, alguns IAPs na constituição de uma rede hospitalar própria. Após essa data é que vai se observar o crescimento progressivo da proporção de hospitais privados em detrimento dos públicos, além da expansão das clínicas privadas destinadas ao atendimento ambulatorial. A partir dos anos 70, haverá uma verdadeira estagnação na 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 (tab. 1, Anexo).

Esses dados confirmam que foi a partir da criação do INPS, em 1966, na vigência do regime autoritário, que a política previdenciária de 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 racionalidade 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 e

---

<sup>36</sup> Desde 1945, pelo menos, para quando dados mais seguros são disponíveis, o número de leitos da rede hospitalar privada era superior ao da rede pública, e esta superioridade vai se tornando mais pronunciada gradativamente de tal forma que em 1950, 53,9% dos leitos já eram de propriedade particular e em 1960 já correspondiam a 62,1%, dos quais 14,4% tinham finalidade lucrativa (Braga e Paula, 1981: 71 e 72).

<sup>37</sup> Essa rede em 1964 incluía 22 hospitais em atividade e 5 em construção, 505 ambulatórios e 28 consultórios médicos, com a estimativa de atendimento a 22% da população brasileira (Oliveira e Teixeira, 1986). Apesar da imprecisão das informações do período, relacionando esses dados com outros apresentados por Braga e Paula, é possível inferir que a extensão da rede pública era significativa, uma vez que para uma cobertura estimada de 22% da população, detinha 37% dos leitos hospitalares disponíveis no país.

Teixeira, 1986)<sup>38</sup>. Após 1968, vai prevalecer uma nova racionalidade na saúde acompanhada da exclusão de discursos alternativos, sendo um dos 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, 1986). Além disso, com a unificação da assistência médica no INPS, tornam-se dominantes as forças institucionais liberais e privatistas da corporação médica, portadoras de um discurso medicalizante como solução para os problemas de saúde, cuja materialização será a implantação da prática assistencial curativa de acentuada tendência privatizante, sob a forma de convênios entre a iniciativa privada e o Estado<sup>39</sup>. Será, assim, somente com a ampliação da demanda após a unificação dos institutos e com a expansão da cobertura previdenciária, associada a uma opção pela compra de serviços, que o setor privado irá se fortalecer ao ser o mecanismo pelo qual se garantirá a ampliação da cobertura assistencial pública. Ao não se optar pela expansão da rede própria, a política governamental irá favorecer a expansão da rede privada, escolha que será condicionante da evolução da assistência médica posterior.

A opção pela compra de serviços privados encontra explicação no contexto político pós-64, fazendo parte de um modelo mais geral de relacionamento entre Estado e sociedade e de uma política de centralização e privilegiamento do produtor privado. As Cartas Constitucionais do período do regime militar dão prioridade à iniciativa privada no processo produtivo, em detrimento do setor público. A reforma administrativa efetivada pelo Decreto lei 200/67 traduz a filosofia do governo de eximir os órgãos da administração pública da prestação direta de serviços sempre que a iniciativa privada pudesse assegurar sua execução, definindo para cada ministério o máximo possível de abandono das ações executivas em benefício do setor privado, com restrição das suas

---

<sup>38</sup> Braga e Paula (1981) constataam o crescimento da prestação de assistência médica concomitantemente à uma crise financeira do sistema previdenciário, para a qual identificam várias razões: do lado da receita, o não recolhimento por parte da União e das empresas empregadoras das contribuições efetivamente devidas; e, do lado das despesas, os reajustamentos, abonos, majorações nos benefícios e auxílios, elevadas despesas administrativas etc. Acrescentam a isso a deficiência do rendimento patrimonial e imobiliário, de tal forma que, no caso da saúde, o sistema, não tendo bases financeiras sólidas, era incapaz de atender à crescente pressão da massa assalariada urbana. Institucionalmente, esbarrava ainda na diferenciação entre os institutos. A criação do INPS será então uma transformação institucional que ampliará a escala econômica das operações, aumentará os recursos financeiros por meio do aumento da contribuição e expansão da cobertura e possibilitará aumento do grau de controle pelo Estado. Segundo os autores, nos anos 60 já se identificava a necessidade de fonte de custeio específica para a assistência médica e a necessidade de articulação dos serviços médicos previdenciários.

<sup>39</sup> Por medicalização entende-se a tendência de suprir as carências de saúde da população com cuidados médicos com a medicalização da vida social, ou seja, a impregnação da sociedade pelas instituições médicas.

atividades, na medida do possível, ao nível normativo<sup>40</sup>. No caso da prestação da assistência médica, o Decreto-lei 200 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 assume o papel de regulador (Oliveira e Teixeira, 1986; Possas, 1981).

Como assinala Luz (1986), a atenção médica se “estatiza” paulatinamente, no sentido de que reduz de forma radical a prática da medicina liberal e submete a atividade médica à Previdência Social. O Estado, enquanto organizador dos serviços de saúde, se “privatiza” progressivamente por intermédio dos hospitais e clínicas credenciados<sup>41</sup>. O INPS tornou-se o grande comprador de serviços médicos e passou a sustentar uma procura ampliada por meio da previdência social, garantindo um mercado institucional pela via dos segurados da Previdência. É nesse sentido que a interferência estatal contribuiu para o fortalecimento do setor privado, uma vez que dificilmente a expansão e a manutenção da rede privada seriam viáveis de forma independente do Estado tendo em vista os baixos níveis salariais da população e o aumento dos custos da assistência médica, fatores que inviabilizariam a compra direta de serviços médicos à maioria da população brasileira.

Pela manipulação de recursos, a intervenção estatal estimulou a expansão de uma rede privada de produção de serviços e estancou o crescimento da rede pública. Em consequência, favoreceu uma determinada trajetória da política de assistência à saúde, ao mesmo tempo em que engendrou interesses em torno da manutenção ou ampliação dos incentivos públicos ao setor privado<sup>42</sup>.

---

<sup>40</sup> Como mostrou Cardoso (1979:51), o governo que se instala em 64 “procurou legitimar-se como restaurador da economia e como um movimento favorável á definição de um padrão de desenvolvimento baseado na livre empresa, contra o estatismo econômico que se atribuía ao governo deposto”.

<sup>41</sup> Em 1960, 50% das atividades médicas estavam no âmbito previdenciário; em 1967, dos 2.800 hospitais do país, 2.300 estavam contratados pelo INPS e em 1973, 90% dos serviços médicos estavam direta ou indiretamente dependentes do INPS (Donnangelo, 1975; Oliveira e Teixeira, 1986). Em 1977, cerca de 66% dos hospitais e aproximadamente 50% dos leitos hospitalares privados do país encontravam-se à disposição da Previdência Social (Fessel, 1977, *apud* Possas, 1981:239). Além da assistência médica previdenciária, estados e municípios prestavam também algum tipo de assistência, embora bastante inferior em quantidade e qualidade. Dados de 1969 apontam que para o conjunto do país os gastos com assistência médica dos estados correspondiam a menos de 25% do gasto total, ao passo que os do INPS equivaliam a cerca de 75%. Embora houvesse grande variação dos gastos entre os estados, apenas em seis deles o gasto com saúde ultrapassava a proporção verificada para o conjunto do país – Pará, Maranhão, Piauí, Alagoas, Guanabara, São Paulo. A assistência pública relevante cabia ao INPS (Rezende da Silva e Mahar, 1974:48).

<sup>42</sup> Essa interpretação difere, embora não lhes seja totalmente oposta, das interpretações correntes na literatura de tendência estrutural e economicista que caracteriza a maior parte da produção teórica setorial nos anos 70 e 80. Nessas, a solução adotada na política de saúde assistencial fez prevalecer os interesses capitalistas, seja no sentido mais estrutural de manutenção da ordem capitalista, ordenando as relações capital/trabalho, seja no sentido de atender aos interesses e pressões dos setores empresariais, em uma perspectiva sociocêntrica para a explicação das políticas sociais. O crescimento da assistência médica

A expansão da medicina capitalista por meio, principalmente, da transferência de recursos da Previdência Social foi mais significativa em relação aos serviços hospitalares, pois no caso dos serviços ambulatoriais os IAPs já tinham previamente organizado serviços próprios, principalmente para o controle da prestação de benefícios previdenciários básicos, como o seguro doença e o seguro invalidez, cuja concessão é condicionada a algum atendimento médico. A rede hospitalar privada encontrou nessa política uma oportunidade de expansão, mesmo que a custa de certo esvaziamento da sua autonomia. Na condição de comprador, o Estado assumiu o papel de regulador de preços, de forma que o setor privado não operava livremente no mercado. Conseqüentemente, o Estado teve um papel fundamental na organização da assistência médica mediante o controle da instituição previdenciária e da relação que estabeleceu com o setor privado (Oliveira e Teixeira, 1985; Possas, 1981). Apesar de essa política contribuir para a sua expansão, o setor privado mostrava resistências diante de sua

---

previdenciária é visto como resultado de uma associação entre Estado, empresários nacionais (empresas prestadoras de serviços médicos) e indústria estrangeira (indústria farmacêutica e de equipamentos e aparatos médicos), que propiciou a criação de um “complexo médico-industrial”, responsável por elevadas taxas de acumulação de capital de grandes empresas monopolistas internacionais (Oliveira e Teixeira, 1986; Cordeiro, 1984; entre outros). Essa análise reproduz no âmbito da política de assistência à saúde as explicações consagradas relativas ao padrão de desenvolvimento econômico brasileiro após a instalação do regime militar em 1964, ou seja, o desenvolvimento baseado no tripé Estado/empresas estrangeiras e grandes empresas nacionais (Cardoso, 1979, entre outros). Nessa perspectiva, a explicação do desenho institucional estabelecido para a prestação de assistência médica passa pelas relações entre política de saúde e política econômica, vinculando-se ao modo de desenvolvimento do capitalismo no Brasil, estando a política de saúde voltada para abrigar os interesses capitalistas do setor. Se a expansão da assistência previdenciária revela a existência de uma demanda insatisfeita e elástica, demonstra “também uma ativa acumulação de capital na rede privada de assistência médica, cujas taxas de lucro e de investimento requeriam respaldo estatal, via elevação dos dispêndios do INPS” (Braga e Paula, 1981:101). Ao mesmo tempo em que se expande a rede hospitalar privada, observa-se o avanço da indústria farmacêutica e a expansão das importações brasileiras de equipamentos médicos. Braga e Paula consideram que a constituição prévia de interesses empresariais na área médica, particularmente hospitalar, garantiu que fossem capazes de “moldar” parte fundamental da política de saúde, de forma que o Estado sustentou a acumulação de capital pelo setor prestador de serviços e pela indústria farmacêutica e de equipamentos médicos. Nessa linha, também Luz (1986) considera as clínicas e hospitais privados como o “necessário *pendant* institucional” das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos enquanto interesses institucionais que constituem o Estado. No tripé da saúde, o Estado funcionaria como um intermediário entre as indústrias multinacionais de saúde e as indústrias nacionais de produção de serviços, subsidiando ambas por meio da atenção médica da Previdência. As modalidades de participação do Estado na assistência médica por intermédio da Previdência Social reafirmariam um padrão geral de ampliação dos direitos sociais, caracterizado como uma acomodação entre as pressões dos assalariados pela garantia de consumo e os interesses dos produtores privados de serviços (Donnangelo, 1975 e outros). Em uma variante dessa perspectiva estrutural, Possas (1981) discorda da idéia de que as instituições médicas sejam apenas o local da acumulação capitalista no setor saúde, gerando pressões no sentido de transferir recursos do setor público para o privado, e considera que a expansão e as características da política assistencial atendem, principalmente, às demandas geradas pelo sistema produtivo e se vinculam à necessidade de ordenação das relações entre capital e trabalho. A política assistencial previdenciária se caracterizará por ser uma medicina voltada para a força de trabalho, cuja reprodução é entendida à luz da reprodução do capital e que terá a crescente participação do Estado, além de ter a “função” de recuperar o trabalhador para mantê-lo em condições de produtividade. E o atendimento dessas necessidades se dará também por meio de uma produção capitalista dos serviços de saúde.

subordinação crescente ao Estado, que lhe parecia uma “estatização” da medicina, particularmente no aspecto do controle de preços dos serviços médicos pelo governo.

É claro que essa opção governamental não se faz em um cenário vazio, mas povoado de atores e interesses setoriais com capacidade diferenciada de pressão. As modificações no processo decisório e no jogo de pressões no interior da previdência implicaram a substituição do clientelismo populista anterior por uma aparente gestão previdenciária tecnocrática, supostamente imune a pressões, mas de fato aberta a interesses empresariais do setor saúde (Oliveira e Teixeira, 1986). Com a implosão do arranjo institucional corporativista, após a unificação dos IAPs diminui a influência dos segurados, mas crescem a influência e a pressão de interesses ligados às instituições médicas junto aos órgãos de direção das instituições previdenciárias. As análises do período apontam evidências sólidas de que a expansão da assistência médica no âmbito da Previdência Social, com a opção pela compra de serviços de prestadores privados, reflete também a pressão de uma parcela mais organizada da corporação médica ligada aos interesses capitalistas no setor saúde – empresas médicas e hospitais –, uma vez que a expansão da rede hospitalar privado-lucrativa criara fortes interesses econômicos já antes da reforma previdenciária. O privilegiamento do setor privado pela política de assistência à saúde faz convergir para o Estado pressões crescentes no sentido de ampliar a esfera de atuação privada por meio do financiamento público da produção privada de serviços<sup>43</sup>.

Essas pressões refletiam os interesses dos três atores principais que constituíam a arena política da assistência médica nos anos 60: os proprietários de hospitais e clínicas credenciadas pelo INPS ou aspirantes a credenciamento; os empresários das grandes companhias, interessados em ampliar a assistência à saúde de seus empregados de forma direta ou subsidiada pelo Poder Público; e os proprietários das empresas de medicina de grupo, empresas voltadas para prestação de serviços médicos para outras empresas, que irão se desenvolver também em decorrência de opções governamentais, conforme será visto adiante. A organização desses interesses se expressa na criação de seus órgãos de representação, concomitantemente à expansão da assistência médica previdenciária: em 1966, são criadas a Federação Brasileira dos Hospitais Credenciados pela Previdência Social, que se transformaria posteriormente na Federação Brasileira

---

<sup>43</sup> Donnangelo (1975) identifica outras pressões internas no sentido de racionalização do setor, existindo no interior da instituição previdenciária técnicos que defendiam a ampliação do controle institucional sobre a produção pelo controle de custos e da extensão da rede de serviços próprios. Entretanto, essa alternativa não foi vitoriosa no sentido de se configurar como a escolha governamental.

dos Hospitais (FBH), e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE). Embora existindo desde 1951, a presença política da Associação Médica Brasileira (AMB) cresce apenas a partir de 1964, quando assume posição contrária à intervenção ampliada do Estado na assistência médica. Nesse ponto, seus interesses vão se juntar aos da FBH, e, conjuntamente, irão pressionar o governo no sentido de favorecer seus interesses nas políticas de saúde (Luz, 1986), que se traduziam na pressão pela ampliação da compra de serviços com o mínimo de interferência do Poder Público.

Se é verdade que a medicina privada preexistia à intervenção do Estado, as evidências apontam o crescimento do setor médico empresarial após a expansão da assistência médica previdenciária, com o privilegiamento da compra de serviços. Isso significa que, além de ser responsável pelo crescimento do setor privado, a política definida vai condicionar a formação dos interesses dos atores privados prestadores de serviços de saúde, cujos objetivos, em grande parte, vão ser configurados a partir de sua inserção na política de saúde. Expressão disso é a constituição de novos atores coletivos, em decorrência das formas de intervenção governamental, que estimularam o surgimento de instituições, como a medicina de grupo, e de organizações para defesa dos interesses constituídos a partir da política de saúde. Ao serem incorporados à previdência social, os setores empresariais voltados para a assistência à saúde sofreram alterações em suas atividades e, conseqüentemente, passaram a redirecionar suas estratégias políticas no sentido da constituição e ou preservação de regras que lhes fossem favoráveis.

A forma de expressão desses interesses e as estratégias políticas eram definidas a partir das regras vigentes no período, de acordo com as quais o Poder Executivo assumia o papel preponderante e, em função das características da política de assistência à saúde, tinha na burocracia previdenciária o *locus* decisório. Se é possível considerar que o papel protagônico do Executivo constitui um traço forte da atuação do Estado brasileiro, particularmente no período desenvolvimentista, tal Poder foi a arena central para a qual tendia a convergir o fluxo das relações provenientes da sociedade (Boschi e Lima, 2002). A participação dos representantes dos interesses privados na saúde se fazia sentir de forma acentuada na esfera pública, sendo que a pressão desses grupos se exercia diretamente perante os ministros (via formal) e, ainda, pela localização de seus representantes em postos-chave da administração previdenciária e outros cargos responsáveis pela política de saúde no país. Essa atuação, que exemplifica a participação de certos setores da sociedade no processo decisório, mesmo em um

contexto de Executivo muito fortalecido, configurava uma das formas de articulação de interesses entre as burocracia pública e a privada que prevaleceu durante o regime militar e ficou conhecida pela expressão de “anéis burocráticos” (Cardoso, 1979). Mediante esse mecanismo, inseriam-se os interesses privados no interior do aparelho estatal, fundindo-se os interesses privados e públicos.

## **2.5 A institucionalização da assistência médica pública por meio da articulação com o setor privado: a constituição do “complexo previdenciário”**

Essa política de assistência à saúde, baseada no privilegiamento do setor privado para a prestação dos serviços para uma clientela crescente, em função da gradativa ampliação de 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 contratado da Previdência Social” (Possas, 1981: 247).

Essa estrutura vai ser composta de subsistemas diferenciados, que se distinguem pela natureza jurídica e pela forma de articulação entre o setor público e o privado, apresentando lógicas diferenciadas de prestação de serviços: o sistema próprio, o contratado e o conveniado. Com a reforma institucional da previdência pós 64, foram aprofundados mecanismos já vigentes nos IAPs e, ainda, introduzidos novos dispositivos nas relações com o setor privado que iriam permitir sua reorganização em moldes mais empresariais.

A dinâmica da assistência médica no âmbito da previdência social sob a forma institucional do INPS e tendo como resultado o “complexo previdenciário” vai expressar as regras institucionais definidas e se traduzirá na constituição de diferentes interesses públicos e privados. Esses vão definir o campo de disputas que caracterizarão a arena política da saúde definida a partir das políticas previdenciárias para a assistência. Essas disputas vão se traduzir também em idéias diferenciadas, muitas vezes de caráter polarizado, expressando concepções sobre a saúde e a forma de expandir a assistência. Essas divergências vão estar presentes em toda a trajetória da assistência, e, *grosso modo*, identificam-se como concepções privatistas ou publicistas sobre a assistência médica. Objetivamente, vão se expressar no âmbito dos diferentes componentes institucionais da assistência médica previdenciária.

O primeiro subsistema do “complexo previdenciário” era o **sistema próprio**, constituído pelos postos de assistência médica e hospitais do INPS e, a partir de 1977, do INAMPS<sup>44</sup>. 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 (AMS/IBGE). Entretanto, embora bem menos numerosos (menos de 20% do total), os hospitais da rede pública caracterizavam-se por serem hospitais maiores e mais bem equipados, os quais por sua superioridade técnica, assumiam os tratamentos mais graves, duradouros e caros. Daí que, em geral, possuíam um custo operacional mais alto<sup>45</sup>.

O segundo subsistema do “complexo previdenciário” era constituído pelo **sistema contratado**, formado pela rede de serviços privados. Sob alegação da insuficiência da rede própria para atender à demanda crescente de segurados, estabelecimentos eram credenciados pelo INPS para 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 Unidades de Serviço (US), tabela de preços por ato médico que define o montante de US por tratamento, cujos 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 o faturamento, por meio da multiplicação e do desdobramento de atos médicos e da preferência por intervenções mais caras<sup>46</sup>. Em

---

<sup>44</sup> Em 1977 a Previdência Social passa por uma reestruturação institucional, com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que expressa a importância que a assistência adquirira ao ser separada a parte de benefícios da assistência médica, que passa a ser responsabilidade de outro órgão, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ficando o antigo INPS responsável apenas pelos benefícios previdenciários pecuniários.

<sup>45</sup> A série histórica da AMS/IBGE mostra que a proporção de estabelecimentos públicos de maior porte (mais de 150 leitos) era muito maior do que entre os estabelecimentos privados na década de 70 (19, 69% dos estabelecimentos públicos e 12,32% dos privados, em 1976). No período de 1976/80, a relação de leitos por estabelecimento de saúde era superior a 100 nos estabelecimentos públicos, ao passo que nos privados não atingia a 80 leitos. Essa diferença tende a diminuir a partir da década de 80, e na segunda metade da década os estabelecimentos privados vão apresentar uma proporção muito maior de hospitais de maior porte, apesar de os públicos do mesmo porte também apontarem crescimento. A segunda metade dos anos 80 foi, como será visto no próximo capítulo, o momento de maior explosão da assistência privada, o que se expressa no volume de leitos privados colocados à disposição de um mercado em expansão.

<sup>46</sup> Um exemplo das distorções atribuída à forma de pagamento por US, muito comentada pela literatura, é o fato de o parto cirúrgico ter sido mais bem contemplado na tabela de honorários, o que teria aumentado o coeficiente de cesarianas na rede privada contratada (Possas, 1981, entre outros). As exceções ao pagamento por meio de unidades de serviço eram para as internações em fisiologia e psiquiatria, feitas



função 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.

O privilegiamento da contratação de serviços privados expressava-se não apenas nas dimensões da rede hospitalar, mas no perfil das internações e nos gastos com a assistência. A maior parte das internações realizadas no país era financiada pela previdência social, a maioria delas (mais de 90% durante toda a década de 70) sendo comprada aos hospitais privados (Oliveira e Teixeira, 1986:219). Apenas cerca de 16% do total de internações realizadas na segunda metade da década de 70 eram feitas em hospitais públicos (AMS/IBGE)<sup>47</sup>. Progressivamente, os serviços hospitalares comprados de terceiros vão representando a quase totalidade dos gastos com assistência médica previdenciária, representando, em média, cerca de 90% da despesa geral do INPS no período de 1969 a 1975. No mesmo período, verificou-se o crescimento da contratação de consultas ambulatoriais e dos serviços de complementação diagnóstica, justificado pela incorporação de alta tecnologia à assistência ambulatorial que passa a se articular ao hospital, tornando-se o hospital a grande porta de entrada do sistema de assistência à saúde<sup>48</sup>. No final da década de 70, o setor privado já realizava mais de 50% das consultas ambulatoriais, embora a rede ambulatorial fosse predominantemente própria (Oliveira e Teixeira, 1986:219-220; Braga e Paula, 1981). A contrapartida era o lento crescimento dos serviços próprios<sup>49</sup>.

Do setor privado dependia, assim, a assistência médico-hospitalar prestada pelo INPS. Um instrumento importante para concretizar essa política foi o financiamento

---

mediante contrato global, em que o pagamento era feito por diária, que inclui todos os procedimentos realizados. Nesses casos, a lógica do prestador de serviços, de uma perspectiva estritamente mercantil, é a busca de redução dos custos com a realização de um mínimo de intervenções por paciente.

<sup>47</sup> A participação do setor privado nas internações financiadas pelo setor público será declinante, embora mantendo-se bastante elevada, a partir dos anos 80, reduzindo-se para 80,3% das internações em 1987, mesmo ano em que pela primeira vez o gasto do INAMPS com a rede privada foi inferior a 50% das suas despesas totais (Medici, 1991:9). Essa situação decorre de alterações na política na década de 80.

<sup>48</sup> A constituição do hospital como porta de entrada contraria a lógica ideal pensada para os sistemas de saúde que, do ponto de vista da racionalidade técnica e financeira, pressupõe que eles devam ser organizados de forma hierarquizada e piramidal, em que na base do sistema são realizados os procedimentos de menor complexidade tecnológica e para uma cobertura mais ampla. Nos níveis seguintes, ao aumento da complexificação corresponde uma diminuição da cobertura, uma vez que diminui a necessidade de realização dos procedimentos previstos nos níveis hierarquicamente superiores do sistema de saúde. Daí que a porta de entrada ao sistema deve ser na base da pirâmide, o que se denomina nível da atenção primária: de menor custo, para todos e com alta capacidade de resolutividade para a maioria das necessidades de atenção à saúde.

<sup>49</sup> Dependendo da fonte, há variações nesses dados, embora haja congruência no sentido geral da evolução da prestação de serviços por prestador.

público a hospitais privados por intermédio do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), criado pela Lei nº 6.168, de 9/12/74, para executar a política do Conselho de Desenvolvimento Social como instrumento de apoio financeiro a programas e projetos de caráter social nas áreas de saúde, saneamento, educação, trabalho, previdência e assistência social<sup>50</sup>. Dados de 1977 indicam que do total de financiamentos naquele ano 70,9% foram direcionados para o setor público, atendendo assim dispositivo legal no sentido de favorecer os investimentos públicos, reservando ao setor privado no máximo 30% dos recursos do FAS. Entretanto, no setor de saúde e previdência esse limite não foi obedecido, e apenas 20,5% dos financiamentos foram para o setor público e 79,5% foram direcionados para o setor privado, contrastando com a área da educação na qual a proporção foi de 88% para o setor público (Oliveira e Teixeira, 1986: 216).

Essa diferença entre os dois setores é um indicativo da perspectiva privatizante que caracterizou a expansão da assistência médica no Brasil, além de apontar para a capacidade de ação política dos atores favorecidos pela opção governamental. A entidade representativa dos hospitais, a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), pressionou o governo visando garantir o favorecimento do setor privado na aplicação dos recursos do FAS<sup>51</sup>. O resultado dessa pressão foi que esses empréstimos a juros baixos beneficiaram o setor privado, proporcionando impulso à remodelação e ampliação dos hospitais da rede privada no eixo Rio–São Paulo<sup>52</sup>. Correlatamente, eram intensas as pressões contra a expansão do setor hospitalar estatal, considerada como

---

<sup>50</sup> O FAS era composto de duas contas distintas. A primeira, de menor monta, era destinada a transferências e repasses diretos a órgãos do setor público. A segunda, composta de aplicações a cargo da Caixa Econômica Federal que podiam ser direcionadas também ao setor privado. A primeira conta era alimentada pelas rendas líquidas das loterias Federal e Esportiva; a segunda, por parcela da renda bruta das loterias Esportiva e Federal, recursos dos lucros operacionais da CEF, recursos orçamentários e convênios com outras instituições. Um terço desses recursos era mobilizado a custo zero; os demais, com custo financeiro contratual. Os critérios para a concessão de recursos eram: áreas periféricas ou deprimidas, cidades com menos de 50 mil habitantes, zonas rurais e áreas de execução de grandes projetos de interesse governamental.

<sup>51</sup> O volume de propostas encaminhadas pelo setor é expressivo da utilização desse instrumento de financiamento público: de 703 propostas de financiamento, 73% referiam-se a leitos hospitalares, predominando a criação ou expansão de hospitais privados com fins lucrativos. Desses, 63% eram das regiões Sudeste e Sul (Dados do INAMPS, s/d, apud Oliveira e Teixeira, 1986).

<sup>52</sup> A expansão do setor privado em função do FAS foi duramente contestada durante o processo constituinte pelo então presidente da Federação Brasileira dos Hospitais, Sílio Andrade. Citando documento da Caixa Econômica Federal, segundo seu depoimento no período de 1975 a agosto de 1985 foram financiados pelo FAS 482 hospitais e 40.994 leitos, dos quais 26.181 para o setor privado, o que corresponderia a apenas 6,5% do total de leitos particulares implantados pela iniciativa privada no período. Mesmo sendo possível a supervalorização do papel do FAS no financiamento da expansão da rede hospitalar privada, esses dados reforçam o favorecimento dos hospitais privados para a concessão de financiamentos subsidiados (cerca de 64% do total de leitos financiados), o que não teve correspondência no setor educação.

algo “estatizante”, argumento que contou com o apoio de outros setores, em uma conjuntura caracterizada por forte movimento antiestatização.

Outra forma de articulação da Previdência Social com o setor privado ocorreu mediante o estabelecimento de **convênios** com empresas nos termos dos 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<sup>53</sup>. Na maioria dos casos, ao invés de prover diretamente os serviços médicos, a empresa comprava os 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.

A prática de as empresas manterem serviços de saúde tem suas origens nos serviços ou departamentos médicos da empresa, que desde final do século XIX já existiam nas grandes empresas com as funções de seleção de pessoal e controle do absenteísmo na força de trabalho empregada, analisando casos de doenças, faltas e licenças (Oliveira e Teixeira, 1986). Caracterizados por exercerem maior controle do que os serviços externos à empresa como a Previdência Social<sup>54</sup>, possibilitavam o retorno mais rápido da força de trabalho à produção, além de funcionarem como uma política de pessoal mais atraente por meio de uma estratificação na qualidade do atendimento. No processo de desburocratização e modernização das grandes empresas, cresceu a prática de comprar serviços de outras empresas especializadas, que se reproduziu também com a assistência médica mediante a contratação de empresas médicas.

Nos contratos que estabelecem com a empresa conveniada, as empresas médicas são remuneradas pelo sistema de pré-pagamento, recebendo um valor fixo por trabalhador assegurado, e o total é pago mensalmente ao grupo médico pela empresa compradora de serviços, independente da quantidade e dos tipos de atos médicos realizados no período. 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 critérios para a

---

<sup>53</sup> O INPS reembolsava à empresa cerca de 5% do maior salário mínimo regional por trabalhador coberto na empresa que montava um serviço de saúde próprio.

<sup>54</sup> Oliveira e Teixeira (1986:226) mostram dados de 1976 segundo os quais 93% dos pacientes de trabalho atendidos pelo INPS eram considerados incapacitados temporariamente, enquanto apenas 49% dos atendidos por convênios ficavam afastados de suas funções.

celebração de convênios a partir de estudos sobre a população coberta, buscando empregados com melhores condições de saúde, além de buscarem limitar o custo com consultas e internações por meio de medidas preventivas.

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 IAPB e 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<sup>55</sup>. Essa expansão era restrita aos locais de concentração das grandes empresas empregadoras. Nos anos 70, mais de 70% dos grupos médicos e de seus beneficiários estavam localizados na cidade de São Paulo, atendendo à mão de obra das grandes empresas (ABRAMGE, *apud* Possas, 1975:264; Gentile de Melo, 1981:228). A própria legislação favorecia a seletividade ao exigir das empresas “porte e organização administrativa” para a celebração do convênio com o INPS<sup>56</sup>.

A política de convênios INPS/empresa teve diversas conseqüências para a conformação institucional da assistência à saúde e para a consolidação da assistência prestada pelas empresas aos seus empregados. Em primeiro lugar, os convênios tripartites possibilitam o crescimento da assistência médica sob controle da empresa, com parte dos custos assumida pela previdência social, fortalecendo uma forma de prática médica voltada para ações que interessavam prioritariamente à produtividade. Embora a prática das grandes empresas da prestação de assistência médica aos seus empregados anteceda a participação do setor público por meio de convênios<sup>57</sup>, a partir

---

<sup>55</sup> Em 1974 existiam 136 grupos médicos oficiais, cobrindo 2.845 firmas empregadoras; 6 milhões de beneficiários assistidos por empresas médicas, dos quais 3,5 milhões em convênios tripartites (previdência, empresas e grupos médicos); e 2,5 milhões em contratos sem a participação do INPS. Dados do INPS de agosto de 1977 já apontam a existência de 4.699 convênios tripartites, “abrangendo 1.801.082 segurados que, com os dependentes, perfaziam 4.337.187 beneficiários, ou seja, cerca de 10% do total da população previdenciária” (Oliveira e Teixeira, 1986:228).

<sup>56</sup> Dados da ABRANGE, publicados na imprensa em 1976 apontavam que os convênios com empresas atingiam 35% dos beneficiários do INPS da grande SP e 10% no interior do estado, perfazendo em conjunto 22% da população paulista – cerca de 5 milhões de pessoas. Dados de Gentile de Melo (1981) mostram que em 1970 existiam no estado da Guanabara 86.190 empresas filiadas ao INPS, das quais apenas 122 (0,14%) mantinham convênio. Entretanto, essas empresas possuíam 90.443 empregados (6,8% dos segurados do estado). Empresas com convênio no estado da Guanabara tinham em média 740 empregados, quando a média geral era de 16. O valor médio das aposentadorias era CR\$229, ao passo que nas empresas com convênio esse valor pulava para CR\$624. O valor médio do auxílio doença era CR\$173, mas para os segurados das empresas com convênio era de CR\$309..

<sup>57</sup> Em 1970, 50% das empresas conveniadas do então estado da Guanabara eram estatais ou estrangeiras, que, na maioria, já prestavam assistência médica aos empregados.

desse instrumento essa prática empresarial vai ser incentivada pelos subsídios governamentais.

Mas, além de financiar, pelo menos parcialmente, a assistência médica anteriormente já assumida pelas grandes empresas com recursos próprios, a Previdência arca com parcelas crescentes das atividades médicas mais raras, complexas e de longa duração aos empregados cobertos pelos convênios<sup>58</sup>. Criados para se beneficiar do regime da economia de escala, os convênios passam a ser responsáveis pela pulverização de recursos do INPS, que fica com os encargos mais onerosos e as prestações mais pesadas. Beneficiando empregados das grandes empresas, promove também o esvaziamento progressivo dos serviços prestados diretamente pelo INPS (Oliveira e Teixeira, 1986; Melo, 1981).

O incentivo financeiro via convênios teve também o efeito de reforçar a prática das empresas de assumirem a assistência de seus empregados, de tal forma que, independente do subsídio governamental, vai se expandir essa assistência empresarial, na maioria das vezes pela contratação de grupos médicos. Paulatinamente, essa forma de assistência privada vai ocupando espaço maior do que a própria assistência, com a participação do Poder Público, no âmbito das grandes empresas no eixo Sul/Sudeste, e será o pilar da assistência suplementar, conforme será discutido no próximo capítulo.

Como marca da política de assistência à saúde desde suas origens, essa opção pública mostra as suas contradições. Ao mesmo tempo em que amplia a cobertura previdenciária e a prestação da assistência médica, favorece a seletividade ao subsidiar práticas empresariais restritas às grandes empresas. Além de reforçar a vinculação da política de assistência à saúde com a relação contratual de trabalho, favorecendo os trabalhadores em situação privilegiada, na contramão da uniformização pretendida com a unificação dos IAPs e em direção contrária à universalização.

Várias formas de desigualdades entre diferentes estratos dos trabalhadores se introduzem nessa forma de assistência médica. Em geral, os convênios eram estabelecidos com empresas de grande porte, com mão de obra mais especializada e salários superiores. Também os grupos médicos tendem a se concentrar nas regiões mais industrializadas e urbanizadas. Como o subsídio previsto no convênio com o INPS

---

<sup>58</sup> Normas relativas aos convênios aprovadas em 1969 desobrigavam as empresas da assistência aos empregados que precisassem de reabilitação, atendimentos médicos de custo elevado, tratamento dos tuberculosos, doenças mentais e casos de riscos catastróficos, como cirurgia cardíaca, microneurocirurgia, transplantes, implantes, politraumatismos e outros.

não era suficiente para cobrir os gastos ao mesmo tempo em que exigia a cobertura de todos os empregados, não interessava a todas as empresas, particularmente às de pequeno e médio porte, e muitas preferiam os convênios sem a intermediação do INPS. Alguns convênios diretos com o grupo médico cobriam apenas uma parcela dos trabalhadores, em geral os de maior qualificação. Em conseqüência, durante as décadas de 60 e 70 a diferenciação de serviços não se dará mais entre categorias profissionais, mas para diferentes qualificações profissionais (Giffoni, 1991). Incentivadas e legitimadas pela iniciativa pública dos convênios, a partir daí se desenvolveram as formas eminentemente privadas de assistência, as quais incluíam uma grande diversidade de possibilidades de planos e contratos alternativos.

Esse tipo de arranjo mostra que o rompimento do pacto corporativista, que se expressava institucionalmente na separação dos antigos IAP's por categoria profissional, não vai dar lugar a uma uniformidade entre os trabalhadores assalariados, que constituíam a clientela da política assistencial do período. As diferentes formas de diferenciação vão recriar as demandas particularistas de outra natureza, dessa vez vinculadas ao contrato de trabalho, e não à categoria profissional como ocorria antes da unificação dos IAPs.

Em síntese, ao mesmo tempo em que se ampliavam as clientelas da Previdência Social, ampliavam-se também as diferentes modalidades assistenciais, por meio das várias formas de articulação com o setor privado. A essas diferenciações correspondia uma segmentação da clientela, no âmbito mesmo da Previdência Social, de acordo com a forma de acesso à assistência. Isso se traduzia em diferenciação quanto ao tipo e qualidade dos serviços oferecidos. A variação na forma de pagamento dos serviços comprados tinha também conseqüências para a assistência. No setor conveniado, em que a empresa recebia um subsídio fixo por segurado e remunerava também a empresa médica contratada sob a forma de pré-pagamento, independente da utilização de serviços, a realização de procedimentos tendia a ser bem menor. Ao contrário, no caso dos serviços prestados pela rede privada contratada que recebia por US, o sistema de pagamento incentivava a realização de maior número de procedimentos para aumentar a lucratividade dos prestadores<sup>59</sup>.

---

<sup>59</sup> Essa diferenciação pode ser exemplificada pela relação entre o número de consultas por internação. Em 1975, no sistema próprio mais o contratado, estimulado pelo sistema de pagamento por US, a relação consultas/internações era de 12,3, ao passo que no sistema de convênios, em regime de pré-pagamento, essa relação era de 56,9 (Possas, 1981: 270). Como destaca Possas, outras variáveis deveriam também influenciar no menor número de internações dos segurados assistidos pela modalidade de convênio, particularmente as melhores condições de vida em função de melhores salários e localização nas grandes

## 2.6 Crise: novos mecanismos institucionais e propostas alternativas

A institucionalização desses mecanismos, por meio dos quais se expandiu a assistência médica, propiciada pelo Poder Público, levou à constituição de uma estrutura complexa e diversificada. Correlatamente, foram se constituindo atores e interesses também diversificados, no âmbito tanto do setor público quanto do privado. Esse último se fracionava segundo interesses particularizados, sendo os principais os relativos aos prestadores de serviço representados principalmente pela FBH e pela AMB, as empresas médicas, representadas pela ABRAMGE, e o setor conveniado.

Apesar de o período ser caracterizado pelo predomínio de idéias privatizantes no âmbito da burocracia previdenciária, altamente penetrada pelos interesses dos setores privados, a crítica ao modelo assistencial em desenvolvimento era também expressiva. Parte da burocracia defendia o fortalecimento do setor próprio e a criação de mecanismos mais eficientes de controle do setor privado, a partir da crítica aos fatores indutores de corrupção e de suas conseqüências negativas sobre o equilíbrio financeiro da Previdência Social.

Duas propostas de novos mecanismos institucionais são ilustrativas do conflito de idéias em uma conjuntura já caracterizada como de crise. A primeira, expressão dos interesses dos produtores privados de serviços de saúde; a segunda, expressão da oposição à forma privatizada da assistência pública. A primeira proposta foi o Plano Nacional de Saúde, elaborado em 1968, sob a orientação do então ministro Leonel Miranda, que expressa uma concepção sobre as relações entre os setores público e privado com valorização do segundo (Oliveira e Teixeira, 1986; Donnangelo, 1975; Luz, 1986). Embora atribuísse ao Poder Público a atenção à saúde, o Plano determinava que as atividades de assistência médica deveriam ser de natureza primordialmente privada, sem prejuízo do estímulo, coordenação e custeio parcial do Poder Público, prevendo, inclusive, o arrendamento dos hospitais governamentais para a iniciativa privada. Ao implicar sensível redução da participação direta do governo na produção de serviços, o Plano era defensor da prática médica liberal, propondo o regime de livre escolha do médico e compra direta de serviços em um mercado livre, com

---

idades. Mas as análises do período são unânimes em identificar na forma de pagamento por US um incentivo às internações, mesmo desnecessárias, o que era, inclusive, amplamente denunciado pela própria Previdência Social.

financiamento apenas parcial com recursos públicos previdenciários, ficando o restante a cargo do cliente.

O Plano encontrou várias resistências, tanto por parte dos técnicos da Previdência, defensores da ampliação dos serviços próprios, quanto dos críticos da medicina liberal. Fracassa depois de ter sido implantado apenas experimentalmente em algumas localidades.

A segunda proposta foi a Portaria nº 48 do INPS, de 1972, a qual expressa a tentativa de alterar a política assistencial dominante. Mesmo sem ter obtido efeitos concretos, apontou para propostas alternativas. Entre outras definições, estabelecia uma hierarquização das modalidades de serviços, privilegiando aqueles próprios da Previdência e definindo o estabelecimento de convênios com estados e municípios quando exauridas as possibilidades de serviços próprios. Apenas em última hipótese, previa contratos e convênios com organizações privadas. Como expressão dessa proposta, foram tomadas providências no sentido de ampliar a capacidade hospitalar própria da Previdência Social mediante inaugurações e reativação de hospitais (Melo, 1984:177), que, entretanto, não foram suficientes para alterar o padrão vigente.

A expansão indiscriminada da contratação de serviços privados foi se mostrando economicamente inviável, em razão dos altos custos do regime de pagamento por serviços prestados e da ausência de controle da Previdência sobre as unidades contratadas. O próprio modelo de prestação de serviços impunha limites à expansão da cobertura médico-assistencial mediante um padrão de organização dos serviços médicos cuja hegemonia era detida pelos produtores privados. Em meados da década de 70, a corrupção atingiu níveis que ameaçam o equilíbrio financeiro, criando-se uma situação de crise, seguida de reformas (Oliveira e Teixeira, 1986).

Uma das alternativas para o impasse que se colocava para a expansão da assistência médica em uma situação de crise de financiamento do modelo assistencial foi a ampliação de outras modalidades de convênios: os convênios com sindicatos, universidades, prefeituras e governos estaduais, com a utilização das estruturas dessas instituições como forma de aumentar a cobertura com custos mais reduzidos para a previdência social e como alternativa para frear a expansão do credenciamento da rede privada. A ênfase dada a esses convênios na década de 70 visava corrigir distorções criadas pelo foco na hospitalização e pelo pagamento por US ao setor contratado,



passando-se a pagar os serviços conveniados de forma global<sup>60</sup>. Essas outras formas de convênios com órgãos estatais (governos estaduais e municipais, universidades) e sindicatos, embora não tenham alcançado a importância dos outros componentes do “complexo previdenciário” nesse período, vão apontar para modelos institucionais alternativos, alguns dos quais se desenvolverão na década seguinte<sup>61</sup>.

Esses tipos de convênios com o setor público, apesar de minoritários, geravam reação da AMB e da FBH, contrárias ao privilegiamento do setor público e às modalidades de convênio global ou pagamento por diária global, pois defendiam a remuneração por US, altamente favorável ao prestador privado. No caso dos convênios com os hospitais de ensino, os interesses dos prestadores privados demonstraram um importante poder de veto, conseguindo paralisar o ritmo de integração dos hospitais universitários à Previdência Social, de forma que em 1978 apenas 25 das 75 escolas firmaram o convênio (Escorel, 1998:54).

Nos convênios com sindicatos, a lógica governamental não era tanto a redução de custos, mas tinha o caráter político. Após 1964, o governo estimulou as práticas de assistência social, de forma a deslocar o centro das preocupações dos sindicatos para a prestação dos serviços. Em 1970, foi criado o Programa de Valorização da Ação Sindical, do Ministério do Trabalho, como forma de estímulo ao “sindicato de serviços”, facilitando aos sindicatos a abertura de ambulatórios médicos, que adquirem o direito de assinarem convênio com o INPS (Possas, 1975). Na primeira metade da década de 70, a Previdência optou pelo incentivo aos serviços médicos de sindicatos em detrimento dos convênios-empresa. Mas, apesar de grande ampliação, os convênios com sindicatos mantiveram-se bastante reduzidos em termos relativos (Cordeiro, 1984; Bahia, 1999)<sup>62</sup>. Em 1979, os convênios com empresas são extintos, embora a

---

<sup>60</sup> De acordo com Possas (1975), a crise financeira da assistência médica previdenciária atinge seu ponto máximo em 1977, ano marcado por uma crise nos hospitais credenciados, que, em função do não pagamento pelo INPS das contas hospitalares, ameaçam entrar em greve e recusar atendimento aos segurados. Nesse ano, o debate na imprensa é intenso: o INPS denuncia abusos de internações desnecessárias e hospitais reclamam do não pagamento, acusando a pretensão de privatização da medicina.

<sup>61</sup> No caso dos convênios com Secretarias Estaduais de Saúde, o INPS transferia recursos de seu orçamento para atendimentos em fisiologia, mediante um contrato global, e a Secretaria se encarregava do atendimento. Os convênios com universidades/hospitais de ensino, apesar de estarem previstos desde 1968, só começaram a ser realizados a partir de 1971, inicialmente efetuando o pagamento por US, com os mesmos parâmetros usados para os hospitais privados, embora, além da assistência, fossem encarregados da formação de recursos humanos e da realização de pesquisas. Após 1974, muda a forma de convênio, que passa a ser realizado por meio de uma modalidade de contrato global em que pagamento era feito sob a forma de um subsídio variável em função do número e do tipo de altas, suprimindo o pagamento por unidade de serviço nos hospitais de ensino.

<sup>62</sup> Em 1976, os convênios com sindicatos correspondiam em 1976 a 11,44% do total de convênios, aumentando para 13,46 no ano seguinte. Os convênios com empresas, constituíam, nos mesmos anos,

assistência empresarial não deixasse de receber outros incentivos governamentais, sendo o principal, a partir de 1974, a autorização para a dedução do imposto de renda dos gastos com saúde das empresas.

Um instrumento normatizador da assistência médica previdenciária de grande impacto foi o Plano de Pronta Ação (PPA). Estabelecido em 1974, o PPA compreendeu 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 de cobertura, tornando os serviços de saúde mais acessíveis. Esse plano expressa a reinstalação no Ministério da Previdência dos tecnocratas do antigo IAPI, de orientação privatista (Melo, 1984), 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 no país.

Para alcançar esse objetivo, vários mecanismos foram estabelecidos. Em primeiro lugar, foi estabelecida a universalização do atendimento nos casos de emergência, independente da condição de segurado da Previdência Social. A princípio restrito aos estabelecimentos públicos, o atendimento de emergência foi estendido aos privados e, em função da baixa capacidade de controle governamental, constituiu-se como mais uma possibilidade de fraude, pela realização de atendimentos não emergenciais.

Outro mecanismo que também iria atender às reivindicações dos produtores privados, ao facilitar a incorporação aos serviços médicos da Previdência das camadas médias, 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 conseqüência dessa medida foi a tendência de os hospitais passarem a manter uma reserva de leitos para as “instalações especiais”, com a conseqüente falta de leitos comuns para os segurados que não arcassem com os custos adicionais (Gentile de Melo, 1981).

Um terceiro mecanismo que reforçou a compra de serviços privados foi o veto à ampliação da rede própria hospitalar. Ao mesmo tempo, à rede própria da Previdência Social já existente, o PPA destinou a prestação de assistência hospitalar de alta

---

cerca de 85,69 e 83,23%, respectivamente (Possas, 1981:260 e Aguiar, 1979:117-135). Em 1977, os convênios com sindicatos cobriam mais de seis milhões de beneficiários em todo o país, cerca de 66% deles concentrados nos estados de São Paulo, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Pernambuco.

especialização, decisão que pode ser vista como o reconhecimento oficial do padrão técnico mais elevado dos hospitais públicos.

Um quarto mecanismo foi a normatização 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 de serviços médicos que emergiu a partir de um movimento de oposição das entidades médicas à medicina de grupo e 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 clientela e tendo como forma de pagamento dos serviços contratados a Unidade de Serviço.

O resultado do PPA foi a aceleração dos contratos de prestação de serviços de saúde com o setor privado sob a forma de convênios e contratos. Em escala menor, cresceram também os convênios com a rede oficial não previdenciária – hospitais universitários e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Como consequência, após a implantação do PPA ocorre um crescimento expressivo do número de serviços médicos. O crescimento em todos os tipos de procedimentos foi acentuadamente superior na rede privada em detrimento dos serviços realizados na rede própria da previdência<sup>63</sup>. O PPA é, assim, uma expressão inequívoca da direção da política de saúde que apontava a universalização da cobertura assistencial, alicerçada na compra de serviços privados e com restrição dos serviços estatais às áreas de menor interesse empresarial: ambulatoriais para atenção primária e hospitais de maior complexidade tecnológica e maior custo.

Na sequência das mudanças institucionais na Previdência Social, foi criado, em 1977, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), subordinado ao MPAS, que operou uma divisão técnica do trabalho, criando ou incorporando diversos organismos para as diversas tarefas da Previdência<sup>64</sup>. Integrando o SINPAS, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que aglutinou a assistência médica concedida por todos os órgãos previdenciários e

---

<sup>63</sup> O número de internações aumentou em 66% no período de 1974/77; o de consultas em 157%; e o de serviços de complementação diagnóstica, em 119% (INPS, *apud* Oliveira e Teixeira, 1986:219-220).

<sup>64</sup> O SINPAS era integrado pelas seguintes entidades: Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA); Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM); Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV); Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS); e, como órgão autônomo, a Central de Medicamentos (CEME).

incorporou a receita desses órgãos<sup>65</sup>. Tal iniciativa expressou a aproximação do princípio da universalização da seguridade social ao desvincular cada vez mais o atendimento médico da condição de segurado, embora a base do financiamento continuasse a ser a contribuição do segurado. A expansão da assistência médica não foi acompanhada da ampliação das fontes de financiamento, aprofundando uma crise que já se configurava desde a década anterior. Oficialmente, a crise da Previdência foi creditada ao desenvolvimento da assistência médica; para os analistas, ao modelo de privilegiamento do produtor privado de serviços – de alto custo e difícil controle<sup>66</sup>.

O agravamento da crise financeira da Previdência Social na década de 80<sup>67</sup> marcará um momento de inflexão, com o surgimento de propostas de políticas alternativas para o sistema de saúde que enfatizavam a reversão do modelo de privilegiamento dos produtores privados de serviços via canalização dos recursos previdenciários para o setor público. Mais ou tão importante que a crise financeira da Previdência e a incapacidade de sustentação desse modelo é a coincidência da crise com o processo de democratização do país, que coloca em cena outros atores políticos, “quebrando o monopólio dos anéis burocráticos previdenciários na definição e implementação das políticas de saúde” (Mendes, 1993:28).

Em um contexto de luta política entre projetos alternativos de políticas de saúde é que vai se colocar a possibilidade de alterar a configuração do modelo médico-assistencial privatista durante a década de 80, no âmbito, contudo, dos constrangimentos colocados por essa complexa estrutura institucional.

---

<sup>65</sup> O INAMPS absorveu os serviços da assistência médica do INPS, FUNRURAL, IPASE, SASSE e LBA.

<sup>66</sup> As causas apontadas por Oliveira e Teixeira que sintetizam as principais análises do tema relacionam a crise da Previdência a uma contradição estrutural; ou seja, a crescente expansão do sistema não foi acompanhada de alterações na restrita base financeira, configurando-se uma crescente absorção de faixas da população coberta em direção a um modelo de cidadania universal, juntamente com um regime financeiro baseado no modelo de relação contratual. A esse fator estrutural acrescentam-se tanto fatores externos quanto internos ao sistema previdenciário. Entre os primeiros, destacam-se: a queda dos salários reais e a redução do crescimento do emprego, desacelerando a receita de contribuições em um quadro de recessão; o aumento das sonegações; e a diminuição das transferências da União. Entre os fatores internos, a ênfase é atribuída aos problemas de arrecadação e de gestão dos recursos; e, sobretudo, ao privilegiamento dos produtores privados de serviços de assistência médica, com uma forma de repasse de recursos por meio de instrumentos corruptores, tornando o modelo incontrolável, além de sofisticado, o que contribuiu para a cronificação da crise (Oliveira e Teixeira, 1986).

<sup>67</sup> Braga e Paula (1981: 220) mostram que o déficit do SINPAS (diferença entre a receita e a despesa) atingiu em 1980 Cr\$46,8 bilhões.

## 2.7 Conclusão

Neste capítulo foi analisada a constituição da política de assistência à saúde no Brasil, destacando as principais características do modelo de assistência estruturado na década de 60, embora delineado desde os anos 30. Esse corte temporal se justifica, uma vez que será somente a partir dos anos 60 que se manifestou a disposição pública de tornar a assistência à saúde uma política governamental, como parte inerente da Previdência Social. Essa disposição se traduziu em decisões efetivas no sentido de expandir a assistência tanto quanto a cobertura, como na destinação de recursos previdenciários para a saúde. Para a concretização da assistência pública, foi estabelecido um arcabouço legal e institucional que definiu os parâmetros do desenvolvimento da assistência no Brasil, os quais apontam o sentido privatizante da forma de expansão dos cuidados médicos que caracterizou a assistência pública desde sua constituição. Essa perspectiva privatizante não significou a assunção privada da responsabilidade pela assistência à saúde frente a uma ausência do Estado. Ao contrário, é no movimento de expansão da atuação governamental no âmbito da saúde que se opta, ao mesmo tempo, pela delegação ao setor privado de grande parte das atividades de prestação dos serviços e, até mesmo, da gestão da assistência por meio de convênios com empresas, que, favorecidas por recursos governamentais, são incentivadas a assumir a responsabilidade pela assistência aos seus empregados. Ao ampliar progressivamente a prestação da assistência por intermédio das instituições previdenciárias, consolidando a atuação pública no campo da saúde, o próprio Estado se desenvolve e vai delineando suas características, demonstrando sua porosidade aos interesses privados, ao mesmo tempo em que aprofunda sua intervenção na área da saúde a partir de formas diversas de relacionamento com o setor privado.

A política de assistência à saúde levou à constituição de um conjunto de instituições de saúde e de atores, ao favorecer a expansão das atividades privadas. Em consequência, ao gerarem determinados padrões de assistência, as políticas que foram estabelecidas no pós-64 também influenciaram o processo político posterior, caracterizado por pressões em torno de recursos públicos, dos quais passam a depender muitas das atividades privadas. Por essas razões, pode-se dizer que essas políticas vão configurar processos *martingales*, que tornam as escolhas posteriores dependentes dessas escolhas anteriores. Ao estabelecerem regras, expectativas e comprometimentos, as políticas definidas vão afetar o desenvolvimento da trajetória da política de

assistência, particularmente ao afetar o comportamento dos atores políticos engendrados ou favorecidos por elas. É nesse sentido que a política de assistência à saúde definida a partir dos anos 60 funciona com a variável independente para a compreensão da política vigente no seu formato dual: público e privado.

A reconstituição do ponto de partida dessa trajetória tratou de identificar as diferentes escolhas, contingentes ou respostas a pressões sociais, por meio das quais foi estruturada a assistência à saúde de caráter público. As conseqüências institucionais ou políticas dessas escolhas favoreceram a consolidação da assistência privada paralelamente à pública e se constituíram em constrangimentos para uma reforma mais ampla, tal como proposta no processo constituinte. Os principais traços dessa política são sumarizados a seguir.

*A cidadania regulada: assistência à saúde vinculada ao trabalho, e não como um projeto de inclusão universal e igualitária*

A assistência médica desenvolveu-se no Brasil, no âmbito da instituição previdenciária, como uma prestação de serviços de saúde aos segurados da Previdência Social, tendo, portanto, um caráter secundário, no sentido de não se enquadrar em um projeto universal de assistência à saúde e, ainda, sem prever fontes próprias de custeio independentes dos recursos previdenciários concebidos para outras destinações – os benefícios previdenciários de natureza pecuniária. A essa imbricação com a Previdência Social corresponde uma total desarticulação da assistência médica pública com as demais ações de saúde, de caráter coletivo, localizadas institucionalmente no âmbito do Ministério da Saúde. Além disto, acompanhando a fragmentação institucional da previdência social, fracionada em diversos Institutos estabelecidos a partir do vínculo dos segurados com a atividade produtiva, a assistência, já na sua origem, será diversificada e desigual entre os seus diversos segmentos. Daí que o fato de a assistência nascer imbricada à previdência social não propiciou condições favoráveis à constituição de uma perspectiva universalista para a saúde. A assistência nasce como seguro e a partir de um arranjo corporativo, e não a partir de uma demanda coletiva, além de, como toda a Previdência Social, ser uma concessão no âmbito do direito do trabalho, e não como conquista do estatuto de cidadania, entendida como a inclusão universal e igualitária.

O desmantelamento da estrutura corporativa pós-64, com a unificação dos IAPs teve o efeito concreto de alargar consideravelmente a cobertura previdenciária, particularmente a partir da década de 70, quando ela passa a incluir praticamente todos os trabalhadores. Com a ampliação da cobertura previdenciária, dá-se também a expansão da assistência médica pública, que aponta para a universalização que, entretanto, só será efetivada na Constituição de 1988. Essa ampliação não se deu apenas como uma conseqüência lógica, mas em função de uma política explícita no sentido de a Previdência Social incorporar a assistência como uma de suas atribuições.

Entretanto, a tendência para a universalização não foi o resultado de uma reivindicação dos trabalhadores, os quais, ao contrário, desenvolveram uma visão corporativa e resistiram à unificação da Previdência Social, que significou a uniformização dos benefícios e serviços, bastante prejudicial para algumas categorias. Sem suporte político para uma assistência universal e igualitária, no seu desenvolvimento vão se dando movimentos contraditórios de equalização e segmentação – marcas que caracterizarão a assistência à saúde ainda hoje. A tendência à ampliação da cobertura no sentido da universalização é contrabalançada pelo favorecimento de novas formas de diferenciação da assistência, com a participação das empresas empregadoras, a partir do desenvolvimento de formas privadas de assistência no âmbito das empresas com financiamento parcial pela Previdência Social. Para os trabalhadores inseridos nos ramos menos dinâmicos da economia, nas regiões mais pobres ou no interior do país destinava-se a assistência pública previdenciária. Diferentemente, aqueles inseridos em grandes empresas e nas grandes cidades da região Sudeste passam a ser cobertos pela assistência empresarial, com ou sem a participação da previdência social, diretamente administrada pela empresa empregadora ou por empresas ou cooperativas médicas.

*A opção pela compra de serviços: expansão da rede prestadora privada e a atrofia da capacidade governamental, tanto prestadora quanto reguladora*

O atendimento da demanda ampliada por serviços de saúde não pôde contar com uma rede de serviços públicos suficiente, previamente montada. Tampouco se fez acompanhar da criação de uma estrutura pública de prestação de serviços correspondente, uma vez que a escolha política foi pelo privilegiamento da compra de serviços a prestadores privados, particularmente hospitais e serviços ambulatoriais mais

complexos. Com a expansão da assistência médica previdenciária, as instituições privadas prestadoras de serviços de saúde que já se desenvolviam autonomamente em um mercado restrito, em função tanto do baixo poder aquisitivo de grande parcela da população, quanto da tecnificação da atenção médica, com conseqüências sobre a elevação de seus custos, têm a possibilidade de expansão pela via da política de assistência à saúde. Ao mesmo tempo, por meio de mecanismos de veto, é restringido o desenvolvimento da rede pública prestadora de serviços de saúde, particularmente hospitais.

A partir da década de 60, o setor público passa a ter um papel importante na organização da estrutura de assistência à saúde na condição de principal comprador de serviços e, conseqüentemente, na forma de expansão da rede assistencial. Mesmo tendo sido formuladas alternativas diferentes a esse modelo de expansão da assistência pública, as escolhas que prevaleceram, mediante vários mecanismos, aprofundaram a expansão da compra de serviços, particularmente nos anos 70. Um desses mecanismos permitiu a incorporação de setores médios à assistência pública, com parte dos custos assumida individualmente, em substituição à medicina liberal de custos crescentes. Apesar das críticas a uma suposta “estatização” da saúde pelos provedores de serviços privados, será por meio da ação e financiamento estatais para setores cada vez mais amplos da sociedade que eles desenvolverão sua capacidade de produção de serviços. A contrapartida foi o baixo desenvolvimento da capacidade estatal, principalmente para a produção de serviços hospitalares, o que tornará o Poder Público dependente do setor privado para a expansão da assistência. Ao mesmo tempo, não se desenvolveu a capacidade reguladora do Estado, que vai ser fortemente capturado pelos interesses privados mediante, principalmente, os anéis burocráticos estabelecidos no âmbito das instituições previdenciárias. Essa situação se traduzirá na proeminência dos interesses privados sobre os coletivos, além da elevação dos gastos assistenciais a níveis que acabaram por comprometer a capacidade de financiamento governamental da assistência.

#### *Os convênios/empresa: origem da assistência privada autônoma*

Outro mecanismo de articulação com o setor privado, visando também aumentar a cobertura assistencial, foi o recurso aos convênios com empresas para que assumissem a assistência para seus empregados em troca de um subsídio público. Os convênios



legitimaram e expandiram a prática das empresas de se responsabilizarem pela assistência à saúde de seus empregados. Um desdobramento dessa prática foi a terceirização da assistência via convênios das empresas empregadoras com empresas médicas (ou medicina de grupo), cujo desenvolvimento levou também ao surgimento das cooperativas médicas. Novas instituições de saúde vão se desenvolver, estimuladas pelos incentivos governamentais, que serão o esteio do desenvolvimento posterior de uma assistência privada autônoma em relação ao setor público, particularmente a medicina de grupo e as cooperativas médicas. Favorecida indiretamente pela previdência social via convênios com empresas, a medicina de grupo vai encontrar nos convênios bilaterais com as empresas, sem a participação do INPS ou do INAMPS, um mercado crescente que a levará a um desenvolvimento autônomo. Por sua vez, as cooperativas médicas, que inicialmente surgem como um movimento dos profissionais médicos contra as condições de trabalho impostas pela medicina de grupo e para garantir a autonomia do trabalho médico, vão encontrar nesse mesmo mercado possibilidades de expansão fora da assistência médica previdenciária, integrando-se ao complexo médico-empresarial. Com a expansão desses dois segmentos, os prestadores de serviço privados vão se voltar para o atendimento dessa demanda efetivamente privada, deixando de se subordinarem exclusivamente ao setor público, mas principalmente à lógica do setor privado autônomo em expansão.

Essa nova expansão autônoma vai ser favorecida pelas contradições que o próprio modelo previdenciário criara, as quais vão se expressar na dificuldade de arcar com a expansão da demanda e com os altos custos da assistência, o que vai redundar na queda de qualidade dos serviços prestados e na insatisfação dos segurados. Entre essas contradições figura ainda a fragmentação de recursos previdenciários com o financiamento parcial da assistência médica das empresas, mantendo-se a responsabilidade pública pelos tratamentos mais caros. O mesmo acontece no caso dos segmentos autonomizados, cujos usuários teriam que continuar recorrendo à assistência pública para esses casos.

*Institucionalização de formas privadas e públicas de assistência e a constituição de atores, interesses e estratégias*

A forma de expansão da assistência médica de caráter público, no sentido da universalização de cobertura e tendo como *locus* as instituições previdenciárias, vai, em

conseqüência, levar à constituição de um *mix* de instituições públicas e privadas em torno da política de saúde. Por um lado, os prestadores de serviços, que podem ser tanto públicos quanto privados, os primeiros incluindo instituições previdenciárias, unidades estaduais, municipais e hospitais universitários; por outro lado, gestores de formas privadas de assistência à saúde subsidiadas por recursos públicos, como empresas, medicina de grupo, cooperativas médicas e sindicatos. Todos em conjunto, irão constituir a estrutura institucional da política estabelecida e fixar relações diferenciadas com o setor público responsável pela política de assistência, dependendo da modalidade de vínculo e das regras de relacionamento correspondentes, que podem ser contratos com os prestadores privados ou convênios com empresas, sindicatos, órgãos públicos ou instâncias governamentais subnacionais. Um elemento importante nessa relação diferenciada é a forma de pagamento dos serviços: se na forma de US, estimula a realização de maior número de serviços médicos, particularmente incentivando, do ponto de vista financeiro, o aumento do volume de internações; se na forma de pagamento global por pessoa atendida, ao contrário, incentiva a redução do número de procedimentos médicos, o mesmo acontecendo na forma de pré-pagamento *per capita*, cuja rentabilidade está na dependência da contenção dos gastos. Nesse último caso, medidas preventivas são também incentivadas, o mesmo não ocorrendo se a lógica mercantil é a realização de procedimentos médicos. Regras diferentes produziram comportamentos diferentes entre os atores privados e vão ter conseqüências no volume e, possivelmente, na qualidade da assistência prestada, sendo diferenciados entre os segmentos que conformam a estrutura previdenciária de prestação de serviços de saúde.

Ao se diferenciar internamente, o “complexo previdenciário” propiciou também uma diferenciação da assistência, de modo que ao movimento no sentido da universalização da cobertura corresponde a segmentação de clientela, tanto por tipo de financiamento dos serviços médicos – empresa, INPS ou ambos – quanto pela forma de pagamento de serviços – US, pagamento global, convênio bi (empresa empregadora/empresa médica) ou tripartite (empresa/empresa médica/previdência social). Em suma, os arranjos organizacionais estabelecidos delinearão a forma de articulação entre Estado, usuários e mercado na provisão dos serviços de saúde.

É possível concluir que a política de saúde favoreceu a expansão do mercado privado de saúde de duas maneiras: a primeira, ao tornar o setor público o maior comprador de serviços médicos, propiciando o desenvolvimento da rede prestadora privada nas décadas de 60 e 70, em estreita dependência do setor público; a segunda, ao

incentivar o desenvolvimento de formas privadas de assistência, vindo favorecer uma atuação autônoma dos diferentes segmentos privados, particularmente a medicina de grupo e as cooperativas médicas.

Paralelamente a essa expansão dos serviços médicos e da assistência privada, configuram e organizam-se os diferentes interesses que passam a pressionar por recursos públicos ou por medidas que atendam a seus interesses. Expressão disso é a constituição das entidades representativas dos hospitais e da medicina de grupo – os principais interesses empresariais no setor saúde nos anos 60 – quase que concomitantemente à unificação das instituições previdenciárias, que marca a definição da política de saúde de caráter privatizante, no sentido exposto. Como aponta Costa (1998:101): “Os incentivos institucionais favoreciam a ampliação de incrementos dos gastos do subsetor saúde dentro do sistema previdenciário; portanto, nada mais esperado que a ação de interesses organizados para influenciar na decisão alocativa.”

As crises de financiamento da assistência médica passam a ser um estado regular ou recorrente na Previdência Social, já usualmente abalada por crises estruturais e ou conjunturais, mas que são aprofundadas pelo crescimento da assistência médica, ao ponto de, nos anos 80, ganharem força propostas alternativas para a política de saúde na conjuntura de democratização do país. Entretanto, o modelo estabelecido previamente já contribuiu decisivamente para a estruturação do processo político e modelou uma determinada trajetória, de forma que vai colocando constrangimentos para o desenvolvimento institucional subsequente.

Enfim, este capítulo tratou de mostrar as escolhas feitas em um determinado momento que configuraram um modelo de assistência à saúde cujos efeitos institucionais se farão sentir ao longo da trajetória da política de saúde. Essas escolhas se impuseram sobre outras alternativas que não lograram ser bem sucedidas nesse período, mas lançaram as bases para outras escolhas posteriores.

Esse quadro delineado até aqui permitirá iluminar a compreensão dos processos decisórios mais recentes. No próximo capítulo será desenvolvido o processo de constituição dos agentes privados, seus interesses e estratégias, em sua relação com as decisões governamentais e com as não-decisões; ou seja: como as políticas de saúde favoreceram a formação de atores, configuraram em parte os seus interesses, definiram suas estratégias políticas, além de propiciarem o desenvolvimento de determinados comportamentos difíceis de serem revertidos.

### 3 AS FORMAS PRIVADAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: DESENVOLVIMENTO E CARACTERÍSTICAS

#### 3.1 Introdução

Nos anos 80, ocorreu uma expansão significativa das formas privadas de assistência, de modo que, no final da década, o setor privado encontrava-se consolidado e bastante vigoroso. Este capítulo focaliza o movimento de gênese e expansão dessa formas privadas, procurando elucidar alguns dos mecanismos por meio dos quais a política de saúde favoreceu o desenvolvimento da assistência privada. Nesse processo, constituíram-se atores e interesses e institucionalizaram-se determinados comportamentos e práticas, como os efeitos *lock-in* das políticas de saúde.

Do ponto de vista analítico, o objetivo que fundamenta o capítulo consiste em captar a constituição de atores e interesses privados, em muitos casos como consequência direta das decisões governamentais e em outros como contraponto a não-decisões, particularmente a ausência de regulamentação das atividades privadas autônomas. Os incentivos públicos propiciados pela política de saúde, em um primeiro momento, e a ausência de intervenção, em um segundo, favoreceram investimentos privados na área de saúde, criando diferentes organizações para a prestação de assistência médica, e, como consequência, levaram à constituição de determinados padrões de comportamento dificilmente revertidos. A partir do formato institucional que a assistência vai adquirindo, não apenas se constituem atores, mas esses desenvolvem atividades e realizam investimentos, ao mesmo tempo em que se configuram interesses que vão compor a arena política do setor em que se darão as disputas relativas às decisões governamentais em um quadro de carências de recursos públicos. Isso significa que as políticas de saúde não apenas estruturaram os interesses, mas também passaram a modelar as estratégias políticas dos grupos beneficiados por elas, buscando ampliar os incentivos ou manter o estado de coisas que lhes seja favorável, agindo a partir do referencial das políticas públicas. Além de condicionar dessa maneira o processo político, o desenvolvimento da assistência privada, vis-à-vis à pública, têm efeitos cognitivos ou de aprendizagem que, por um lado, geram valorização das soluções adotadas e, por outro, inviabilizam a percepção de alternativas diferentes. Esses efeitos não são observados apenas entre os segmentos empresariais do setor saúde, mas também entre a sua clientela e o próprio governo. Os trabalhadores

cobertos por planos de saúde privados tendem a valorizar mais a assistência privada e o governo, a readotar as soluções previamente escolhidas que priorizaram as opções privadas, além de não desenvolver capacidades próprias que permitiriam soluções alternativas quanto às formas de concessão de assistência à saúde. Como consequência do desenho institucional da assistência e do mau desempenho do setor público, desenvolveram-se atitudes que reforçam as opções segmentadas e valorizam a atenção privada, garantindo assim baixo suporte ao sistema público por parte dos usuários de serviços de saúde.

Esse encadeamento de efeitos das políticas de saúde reforça o argumento de que, desde sua constituição, a assistência à saúde se deu de forma segmentada, não se consolidando ao longo de sua trajetória uma proposta efetivamente universalista e igualitária, em função mesmo de seu aprisionamento às decisões prévias.

Esse argumento difere em grande parte das explicações que podem ser identificadas na escassa literatura que trata da expansão do sistema supletivo de assistência à saúde, particularmente na década de 80, que costumam atribuí-la a um efeito inesperado do processo de expansão de cobertura da assistência pública ou como a demonstração do fracasso do Sistema Único de Saúde, criado com o objetivo de garantir o acesso universal<sup>68</sup>. Como efeito inesperado, a expansão concomitante do segmento privado é sugerida como um processo de reestratificação da assistência médica que supostamente se buscava romper mediante mudanças na política de saúde do mesmo período, as quais visavam fortalecer o setor público e culminaram com a criação do SUS.

O ponto de partida deste estudo apóia-se na hipótese da continuidade como consequência da dependência de trajetória, o qual contraria a idéia de que o

---

<sup>68</sup> A ampla produção bibliográfica sobre o desenvolvimento do sistema público de atenção à saúde não encontra correspondência em estudos mais recentes específicos do segmento privado e, principalmente, sobre suas articulações com o setor público, o que tinha sido um tema bastante relevante nas décadas de 70 e 80, quando se discutiu amplamente o crescimento do “empresariamento” da medicina como consequência das políticas públicas previdenciárias de favorecimento do setor privado. Como exceções, cabe destacar estudos pioneiros de Medici, como primeiras tentativas de descrever e mensurar o segmento privado, elaborados no início da década de 90, alguns como parte de uma série de publicações da OPS/OMS, além de artigos esparsos (Almeida, 1998; Pereira, Costa e Giovanela, 2001), dissertações e teses, particularmente as de Bahia (1991 e 1999) – sua tese de doutorado é bastante relevante para o tema, sendo que a autora, a partir de uma “garimpagem” dos dados então disponíveis, constrói um quadro do segmento privado. Digno de nota é um artigo de Favaret e Oliveira, também do início da década de 90, cujas hipóteses e explicações para o fenômeno de crescimento do setor privado, paralelamente à implantação de um sistema público que se pretendia universal, tornaram-se uma referência relevante e foram bastante disseminadas na bibliografia setorial, particularmente a noção de “universalização excludente”, adotada, entre outros, por Mendes (1993, 1996, 2001). Muito recentemente, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (2002) publicou uma coletânea de artigos sobre o tema, produzidos a partir de parceria com centros de produção acadêmica.

desenvolvimento da assistência privada ocorreu como um efeito inesperado da constituição de um sistema público de cobertura abrangente. Entretanto, isso não quer dizer que os diferentes fatores explicativos arrolados na literatura para explicar a expansão efetiva nos anos 80 se excluam ou sejam incompatíveis com o argumento que se procurou sustentar. Ao contrário, esses fatores se articulam e ganham sentido a partir da compreensão da própria trajetória histórica da assistência, não sendo devidamente inteligíveis de forma isolada.

Entre os principais fatores explicativos identificados na literatura para a expansão da assistência à saúde supletiva está a baixa qualidade dos serviços de saúde, atribuída à ausência de expansão da rede de serviços na mesma velocidade da ampliação da cobertura (Faveret e Oliveira, 1990; Médici, 1990-1991) ou à não incorporação de recursos proporcionalmente à incorporação de novos usuários (Mendes, 1993, entre outros). Por sua vez, essa insuficiência de recursos está vinculada tanto à crise financeira da Previdência Social, agudizada nos anos 80, quanto à crise financeira do Estado que coincidiu com o momento de implantação do Sistema Único de Saúde nos anos 90. Essa situação imprimiria à universalização do acesso aos serviços de saúde o caráter excludente, ao ter como contrapartida a “exclusão” do sistema público de grupos sociais, sobretudo as camadas médias, nas quais se incluem os setores mais organizados e com maior capacidade reivindicativa. Isso enfraqueceria as bases de apoio do SUS, embora pudesse ser funcional ao evitar pressões explosivas sobre o setor público (Faveret e Oliveira, 1990)<sup>69</sup>.

Bahia (1999), de forma consistente, contesta essa relação causal entre a piora dos serviços públicos e o crescimento do segmento privado nos anos 80, uma vez que antes disso grande contingente de pessoas já estava vinculado a planos privados de saúde ou a regimes especiais de proteção social, como os sistemas de assistência médico-hospitalar para trabalhadores de empresas estatais, grandes empresas multinacionais e funcionários

---

<sup>69</sup> Essa exclusão se daria por “mecanismos de racionamento”, entendidos como os impedimentos ao acesso rápido ao sistema de saúde, como filas, demora para marcação de consultas médicas e cirurgias, que caracterizaram a assistência pública de forma acentuada nesse período. A idéia de exclusão sugere que alguns segmentos sociais migraram para o setor privado em função da piora da qualidade dos serviços públicos, o que supõe, em termos lógicos, que anteriormente eles seriam cobertos pelo sistema público e que esse era de qualidade. Mas a própria análise de Favaret e Oliveira aponta para a divisão anterior do sistema de saúde em dois espaços, o público e o privado, que apenas se tornam autônomos a partir dos anos 80 em termos financeiros e em sua lógica de expansão e articulação com as clientelas. Isso significa que de fato não se pode dizer que houve uma exclusão, mas a não incorporação desses segmentos ao sistema público, caracterizando-se, desde o início das políticas de assistência à saúde, como um sistema segmentado. As evidências apontam que os mecanismos financeiros que possibilitaram a ampliação dos planos privados, associados ao encarecimento da assistência médica, de fato teria expulsado os segmentos de renda mais alta da medicina liberal para os planos e seguros privados.

públicos de determinados órgãos das esferas federal, estadual e municipal. Esses mecanismos de provimento de serviços de saúde diferenciados da Previdência Social foram acionados ao longo da instituição de sistemas de proteção social mais abrangentes e se ampliaram após a unificação das instituições previdenciárias no INPS. A grande publicização do tema nos anos 80 estaria associada ao crescimento real dos planos de saúde privados, a partir dos convênios de empresas com grupos médicos sem participação da previdência, e da comercialização autônoma de planos de saúde. Para isso teria concorrido tanto a possibilidade de migração de clientes que pagavam diretamente os provedores de serviços para planos e seguros de saúde quanto a expansão de cobertura de planos empresariais para trabalhadores do setor de serviços e para fora do eixo Sul-Sudeste<sup>70</sup>.

Além da crise financeira do Estado, outro fator estrutural identificado para explicar a segmentação da assistência à saúde é a grande desigualdade social que obstruiria qualquer mudança na política de saúde no sentido da igualdade substantiva, implícita na noção de direito à saúde. Nessa perspectiva, a intenção universal redistributiva, expressa na legislação, se chocaria com a tendência estrutural que encaminharia o modelo brasileiro para um padrão residual, derrotando as “utopias redistributivas” da reforma sanitária, mesmo sem nenhuma alteração no quadro legal (Faveret e Oliveira, 1990; Médici, 1991b; Bahia, 1999). Esse caráter residual do sistema de saúde expressaria uma tensão reiterada entre um projeto de universalização do acesso e outro de caráter conservador, com ênfase na privatização, descentralização e focalização, como marcas da política de saúde nos anos 80, em consonância com o contexto de mudanças nas políticas econômico-sociais caracterizadas pela valorização do mercado em detrimento da atuação estatal (Mendes, 1993).

Secundariamente, é possível identificar a consideração de alguns fatores que poderiam ser chamados de *institucionais*, como a origem previdencialista, baseada no seguro social, do modelo de atenção à saúde no Brasil, o qual configuraria historicamente o caráter segmentado da prestação de serviços de saúde; e a existência de

---

<sup>70</sup> Também Levcovitz (1997, *apud* Bahia, 1999) questiona a hipótese de que o crescimento dos planos de saúde sejam conseqüências inesperadas das políticas reformistas dos anos 80 e mostra que a medicina supletiva autônoma já estava plenamente consolidada na década de 70. Afinado com o esquema analítico defendido neste trabalho, destaca como a evolução da política de saúde é marcada por continuidades e rupturas – ao mesmo tempo em que aconteceram mudanças nos padrões da assistência com o SUS, não houve uma ruptura com os padrões anteriores, sendo que o aumento da cobertura por planos privados vai se constituir como um limite para o projeto universalizante da reforma sanitária. É também na perspectiva da continuidade que podemos situar o pressuposto de Bahia, segundo a qual “os planos e seguros saúde integram um sistema de proteção social híbrido no qual as políticas de caráter universalista convivem com alternativas assistenciais particulares organizadas a partir das empresas empregadoras” (1999:i).

um sólido setor privado de oferta de serviços como consequência da opção governamental pela compra de serviços privados em detrimento da expansão da rede pública, o que favoreceu a constituição e o desenvolvimento de instituições privadas. A existência de um setor privado prestador de serviços bastante sólido resistiria a qualquer possibilidade de desmonte visando ao fortalecimento do setor público, embora isso fosse fundamental para a expansão da assistência à saúde de caráter universal (Médici, 1991b).

Fatores inerentes ao setor privado também são considerados para a explicação da assistência supletiva, dado que o setor desenvolveu estratégias agressivas de ampliação de seus mercados (Faveret e Oliveira, 1990; Bahia, 1999). A qualidade insatisfatória dos serviços públicos, associada a uma ação eficiente das empresas de saúde, propiciou a expansão de novos mecanismos financeiros, que viabilizaram o acesso de amplas camadas populacionais ao sistema privado, além dos setores médios, como alguns segmentos de baixa renda de grandes empresas públicas e privadas.

Por último, mas não de menor importância, algumas análises destacam fatores políticos, como a ausência de suporte efetivo ao sistema público, tanto pelo modelo de “reforma pelo alto”, que caracterizou a reforma sanitária, implementada sem o apoio efetivo dos setores organizados dos trabalhadores e de setores populares, quanto pelas estratégias particularistas de demandas dos trabalhadores com maior poder de barganha, que passam a incorporar nas suas reivindicações a entrada no sistema de atenção médica supletiva (Costa, 1995; Mendes, 1993).

Grande parte desses fatores é considerada na análise da evolução da assistência privada feita neste capítulo. Sem pretender desmontar essas explicações voltadas particularmente para a compreensão da expansão do segmento privado nos anos 80, busca-se aqui fazer uma releitura delas e articulá-las a partir de uma perspectiva institucionalista e histórica, a partir da qual grande parte destes fatores explicativos é vista como efeitos da dependência de trajetória.

Com o objetivo de identificar os atores e os interesses e de demonstrar como uma trajetória particular foi aprisionada em função dos seus efeitos sobre os comportamentos de atores e organizações privadas, este capítulo tem um caráter também descritivo, de forma a produzir um quadro do mercado de assistência privada no país, incluindo as suas dimensões, diversidade e regras de funcionamento. Isso parece fundamental para entender o processo político subsequente e a trajetória das políticas de assistência, particularmente os processos mais recentes. Na elaboração do capítulo, buscou-se então



identificar a origem da assistência privada, nas suas formas iniciais, independentes da Previdência Social, mas analisando especificamente sua expansão de forma vinculada à assistência estatal e a partir dos incentivos governamentais durante as décadas de 60 e 70, e sua subsequente autonomização em relação ao setor público, embora ainda contando com incentivos indiretos, a partir da década de 80. Na sua evolução, foram se constituindo diferentes segmentos ou modalidades organizacionais e, correlatamente, diferentes interesses, cuja diferenciação, caracterização e mensuração permitem identificar a arena da saúde. A cada segmento corresponde uma diferente organização de interesses que refletem as assimetrias de poder associadas às decisões públicas relativas à alocação de recursos e a incentivos em conjunturas diversas. De fato, o que se denomina hoje de assistência médico-hospitalar supletiva, em clara alusão à idéia de ser complementar à assistência pública – isto é, uma alternativa opcional e desvinculada da assistência pública de caráter universal<sup>71</sup> –, apresenta uma grande diversidade interna, sendo que cada subsegmento conformou trajetórias, em grande medida, específicas, embora se entrecruzando de diferentes maneiras. A gênese e o desenvolvimento desses segmentos mostram, desde o início da constituição da assistência médica no Brasil, a institucionalização de um sistema segmentado e diferenciado de acordo com a clientela e a configuração jurídica da instituição responsável pela atenção médica.

Se a literatura sobre a assistência privada é escassa, os dados disponíveis também são poucos e inconsistentes, produzidos, em sua maioria, por empresas de consultoria ou pelas próprias empresas operadoras de planos de saúde. Com a regulamentação recente da assistência supletiva, iniciada a partir de 1998, abrem-se perspectivas para a produção de informações mais confiáveis e regulares. Este capítulo buscou consolidar as informações divulgadas na literatura disponível, além de atualizar os dados a partir de levantamentos nas instituições públicas, nas entidades representativas das operadoras e ou por meio de entrevistas com alguns de seus representantes. Os dados, em sua grande maioria, são ainda bastante precários e apenas indicativos. Mas na ausência de informações mais completas e confiáveis, foram considerados, na tentativa de esboçar um quadro geral do setor.

---

<sup>71</sup> A idéia de um sistema complementar se distingue de um complementar, entendido esse último como algo que complementasse o sistema público.

### 3.2 A trajetória das formas privadas de assistência à saúde: das origens à década de 80

Como vimos, grande parte do segmento privado de assistência à saúde, especificamente o setor prestador de serviços, cresceu à sombra das políticas públicas, favorecido por incentivos financeiros e pela garantia de mercados cativos pela via do financiamento público. Mas outros setores tiveram seu desenvolvimento autônomo, alguns antes mesmo de qualquer política de assistência à saúde de caráter público e, possivelmente, em decorrência dessa carência de ação estatal. Além disso, os segmentos que se desenvolveram dependentes do setor governamental via Previdência Social, particularmente durante a década de 70, adquiriram crescente autonomia em relação ao Estado na década de 80, em cujo final registra-se expressivo aumento da atividade privada sem financiamento público direto sob a forma de convênio/empresa sem a intermediação da Previdência Social ou de seguro-saúde individual. Daí que o segmento privado de assistência médica não constitui algo unívoco, apresentando diferentes componentes ou subsegmentos, cuja gênese e expansão se deram em diferentes momentos e receberam diferentes classificações. A mais usual é a difundida por Mendes (1996, 2001), a partir da identificação do sistema de saúde brasileiro como um sistema plural, composto por três subsistemas: o público; o de desembolso direto; e o de assistência médica supletiva. Os dois últimos fazem parte da assistência médica privada e o desembolso direto refere-se àquela situação em que indivíduos e famílias pagam diretamente os serviços de saúde utilizados e se vincula à medicina tipicamente liberal<sup>72</sup>. A assistência supletiva, por sua vez, é composta por cinco “modalidades

---

<sup>72</sup> A mensuração do sistema de desembolso direto costuma ser feita por meio dos dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF/IBGE), que identificam os gastos das famílias com saúde, e por meio de alguns suplementos da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD/IBGE), quando eles têm o acesso a sistemas de saúde como tema. A PNAD de 1986 mostrou que cerca de 34% da população brasileira pagava diretamente pelos serviços de saúde utilizados no ano, com grandes variações em função da renda familiar per capita: no estrato de renda até ¼ do SM: 15,9%; no de ¼ a ½ SM: 18,1%; de ½ a 1 SM: 32,9%; de 1 a 2 SM: 35,3%; no estrato com renda *per capita* familiar de mais de 2 SM, chegando a 60,4% de utilização do desembolso direto (Médici, 1991c, *apud* Mendes, 1993:88). A PNAD/1998 apontou para um número significativo de pessoas que não são cobertas por planos privados de saúde mas que também não são usuários do SUS, inferindo-se daí que utilizam serviços de saúde por meio do desembolso direto. Em relação à assistência odontológica, mais de 50% das pessoas pagam por esses serviços. Entre todas as pessoas que tinham tido atendimentos variados de saúde no período de quinze dias anterior à pesquisa, cerca de 16% tinham pago por esse atendimento; e uma proporção pequena de atendimentos feitos pelo SUS também implicou algum gasto. Comparando as POFs de 1987 e 1996, Mendes (2001) verificou um crescimento dos gastos das famílias com saúde da ordem de 15%. Apenas a despesa com serviços de saúde passou de 9,10% do gasto com saúde das famílias para 11,04% em 1996, crescimento de 21,3%. Mas o item que mais cresceu foi o gasto com o sistema de atenção médica supletiva, o qual não se constitui como desembolso direto (passou de cerca de 37% para 69% do gasto familiar com saúde). Caso sejam consideradas apenas as despesas que caracterizam desembolso direto, as

assistenciais”: medicina de grupo; seguro-saúde; cooperativas médicas; sistemas próprios de empresas (os sistemas de autogestão); e planos de administração. As duas últimas modalidades referem-se apenas à assistência médica organizada pelas empresas empregadoras e as demais podem ter como clientes tanto empresas quanto indivíduos e famílias, esses últimos em número bem menor<sup>73</sup>. Bahia (1999), atendo-se apenas às alternativas assistenciais particulares organizadas a partir das empresas empregadoras e considerando as mesmas alternativas empiricamente observáveis, elabora uma tipologia a partir das formas de gestão dos riscos com despesas médico-hospitalares e distingue duas alternativas para a gestão de risco: a mutualista, na qual há retenção do risco pelas empresas empregadoras, usualmente denominada de autogestão; e a securitária, que implica a contratação de empresas especializadas para a gestão de riscos pelas empresas empregadoras. Cada uma dessas alternativas comporta diferentes formatos institucionais. A forma mutualista pode ser associativa-sindical, no caso em que entidades de trabalhadores organizam instâncias independentes das empresas empregadoras para gerir a assistência; ou organizada diretamente pela empresa empregadora. A alternativa securitária, por sua vez, pode assumir o formato de medicina de grupo, cooperativa médica ou seguradora<sup>74</sup>.

Empiricamente, a assistência médica supletiva de maior relevância em termos quantitativos é aquela prestada a partir de iniciativa das empresas empregadoras. Historicamente, a assistência privada tem origem nessas empresas. Ainda hoje os planos coletivos predominam no Brasil, cobrindo cerca de 70% do total de beneficiários de planos privados de saúde (ANS, outubro/2002). Essa preponderância é um importante efeito de *feedback* das políticas de saúde e caracteriza a assistência privada como um

---

despesas familiares que mais cresceram no período entre as duas pesquisas foram os gastos com medicamentos e atenção odontológica, com crescimento de 124 e 129%, respectivamente, constituindo-se em 1996 em 25,36% e 13,07% do gasto direto das famílias com saúde (Mendes, 2001:86-87). Esses dois itens dificilmente são incluídos na cobertura dos planos de saúde, constituindo-se de fato como parte das despesas familiares assumidas diretamente. Os gastos com consultas e hospitalização em 1999 constituíram menos de 0,5% dos gastos totais das famílias, menos de um quarto dos gastos com planos de saúde que atingiram quase 2% (POF/1996).

<sup>73</sup> “(...) ficou consagrada no Brasil uma divisão jurídico-institucional dos planos privados de saúde: medicina de grupo, cooperativas médicas, seguradoras e autogestão. Os termos comumente usados para designar este segmento têm sido *saúde suplementar, assistência médica suplementar, atenção médica supletiva ou assistência médica complementar*” (CIEFAS, 2000).

<sup>74</sup> A empresa de consultoria em gerenciamento e recursos humanos Towers Perrin, que desde 1981 realiza anualmente pesquisa sobre planos de benefícios em uma amostra de empresas do Brasil, distingue dois regimes de concessão dos sistemas de assistência médica e hospitalar das empresas: segurado e auto-segurado. Os planos segurados são aqueles em que a empresa prestadora assume o risco em troca de um pré-pagamento mensal por parte da empresa tomadora; eles se viabilizam por meio da medicina de grupo, cooperativas médicas ou seguro-saúde. O plano auto-segurado é aquele em que a empresa tomadora assume o risco, pagando pelos serviços efetivamente utilizados e se viabiliza por meio da administração própria (autogestão) ou de administração de terceiros (Towers Perrin, 1997).

benefício vinculado às relações de trabalho. Mesmo que esses planos coletivos tendam a se concentrar nos setores mais dinâmicos da economia, onde também os salários costumam ser maiores, o acesso a essa assistência empresarial não está diretamente vinculado à disponibilidade de renda. A incorporação de indivíduos e famílias, anteriormente usuários da assistência pública ou da medicina liberal, às empresas médicas e seguradoras por meio da aquisição de planos e seguros de saúde é bem mais recente e de dimensões bem menores. Essa forma de acesso à assistência privada está diretamente vinculada à disponibilidade de recursos financeiros e engendra uma relação tipicamente de consumo por meio da qual, dependendo do produto adquirido e discriminado em um contrato, adquire-se o direito a um pacote de serviços de saúde.

As origens das diferentes modalidades institucionais de assistência médica de caráter privado apresentam diferenciações no tempo e nas características, embora todas as modalidades compartilhem muitos aspectos. Historicamente, desde o final do século XIX existiam organizações mutualistas de caráter voluntário para garantir alguns auxílios, entre eles alguns benefícios médicos, aos seus associados. Durante a República Velha elas se expandiram não apenas entre os estratos médios, mas também entre os trabalhadores (Bahia, 1999; Médici; 1990; Menicucci, 1990; Oliveira e Teixeira, 1984 - 1986).

A partir dessa mesma época, também algumas empresas propiciavam assistência médica aos seus empregados, sendo que uma das formas privadas de organização dos serviços de saúde consideradas mais antigas são as originadas nas empresas por intermédio de seus departamentos de recursos humanos, ou de suas caixas ou associações de funcionários, ou de sindicatos. No primeiro caso, a própria empresa administrava a assistência; no segundo, a partir de associações de empregados, estimuladas pela empresas, eram criadas entidades jurídicas paralelas às empresas, denominadas de *caixas* (Bahia, 1999). De acordo com investigações anuais do Departamento Estadual do Trabalho, entre 1911 e 1919, das trinta fábricas pesquisadas em São Paulo, cerca de metade já fornecia serviços médicos, embora parte dos custos de tais serviços fossem transferidos para os próprios trabalhadores, com um desconto que correspondia a cerca de 2% dos salários (Possas, *apud* Carneiro, 2001). Com o desenvolvimento da indústria, os serviços médicos de empresas tornaram se mais numerosos, sendo que a preocupação principal estava voltada para a saúde ocupacional e para a medicina do trabalho em seus aspectos preventivos e assistenciais.

A partir dos anos 40, desenvolvem-se essas formas de prestação de serviços de saúde, particularmente no âmbito de empresas estatais e multinacionais, bem como em algumas instituições públicas, concomitantemente à expansão dos IAPs e de forma complementar aos serviços de saúde de caráter público. Exemplos importantes desses planos de assistência privados restritos a determinadas clientelas no âmbito de empresas ou instituições públicas são a Caixa de Assistência à Saúde dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) e a Assistência Patronal (atualmente GEAP), inicialmente restrita aos funcionários das instituições previdenciárias e depois ampliada para outras categorias de servidores públicos. Como expressão do movimento contraditório de expansão/seletividade da assistência médica, na mesma época foi construído um Hospital do IAPB para atender a toda a categoria dos bancários e um hospital exclusivo para trabalhadores da Companhia Siderúrgica Nacional.

A CASSI foi criada em 1944 por um grupo de funcionários do Banco do Brasil lotados em cidades do interior com a finalidade de ressarcir as despesas médicas de seus associados e dependentes, sob a alegação de que o IAPB – instituto dos bancários – não oferecia atendimento em muitas cidades do interior, de forma que esses funcionários não gozavam da mesma assistência de qualidade que existia nas capitais. Idealizada e administrada por empregados da ativa, em 1962 a CASSI passou a admitir como associados aposentados e pensionistas. Após a fusão dos IAPs, com a criação do INPS, em 1967, houve “uma corrida” dos funcionários do Banco para a CASSI como alternativa ao atendimento público, uma vez que a unificação das instituições previdenciárias significou uma diminuição da qualidade em relação ao IAPB, considerado o mais pródigo dos institutos. Esse crescimento obrigou a reestruturação da CASSI em 1970, quando passa a ser mantenedora da assistência à saúde do Banco do Brasil. Em 1973, a filiação torna-se obrigatória, com os funcionários contribuindo com 1% de seus salários e o Banco com 2% (Carneiro, 2001; CIEFAS, 2000).

Apenas um ano antes da CASSI, foi criada a Assistência Patronal, atualmente GEAP - Fundação de Seguridade Social. A denominação original da GEAP, diferentemente da CASSI, mostra que o seu surgimento se dá a partir de uma iniciativa patronal, e sua história é indicativa da dinâmica da segmentação da assistência médica no Brasil. Ela surge no âmbito do IAPI para prestar assistência médica diferenciada aos servidores de um instituto que se caracterizava por ser dos mais restritos em termos de benefícios assistenciais e cujos dirigentes, de grande influência na história da previdência no Brasil, defendiam a idéia de que ela deveria se limitar aos benefícios previdenciários.

Demonstrando uma posição bastante elitista e corporativa, entretanto, esses mesmos atores implantaram uma assistência médica diferenciada para os “patrões” da instituição previdenciária, que deveria se distinguir daquela prestada ao segurado comum – “gente mais simples”, conforme depoimento colhido para a reconstituição da história da Patronal (Menicucci, 1987:9). Entretanto, para os industriários a assistência médica só seria concedida pelo IAPI nos anos 50, após intensa pressão dos associados e, particularmente, do Governo Federal, mesmo assim de forma bastante incipiente. Documentos colhidos na mesma pesquisa justificam a criação da Patronal a partir de argumentos similares às justificativas empresariais então utilizadas para a prestação de assistência aos empregados: facultar aos servidores meios necessários à manutenção do grau de produtividade indispensável ao eficiente desempenho de seus encargos; proporcionar melhores condições de atendimento médico-hospitalar, visando a uma recuperação mais rápida, beneficiando, assim, a própria instituição; e implantar novas técnicas de organização do trabalho, **a exemplo do que já ocorria em numerosas empresas privadas**. Após a unificação dos IAPs, a Patronal se estendeu para todos os funcionários do novo INPS, e a cada alteração institucional da Previdência Social – em geral significando ampliação de segurados no sentido de universalização da cobertura – iam se ampliando seus beneficiários, em um movimento contrário de diferenciação da assistência para a burocracia previdenciária. Na década de 90, após se transformar na GEAP-Fundação de Seguridade Social assumindo a personalidade jurídica de uma entidade fechada de previdência privada, passou a incorporar outras categorias de funcionários públicos. Em outubro de 2001, contava com 718.700 beneficiários, originados de 21 órgãos públicos, mantendo, entretanto, a característica de ser uma assistência privada voltada principalmente para as pessoas encarregadas da gestão do sistema de saúde público, uma vez que 43,28% do total de clientes são provenientes do Ministério da Saúde (GEAP, 2002).

Outra experiência de sistema de autogestão de assistência à saúde e previdência com características diferenciadas foi a criação, em 1957, do Serviço de Assistência e Seguro Social dos Economiários (SASSE), destinado à prestação de serviços assistenciais e previdenciários aos funcionários da Caixa Econômica Federal, desvinculando-os do IAPB (Carneiro, 2001).

Nas empresas estatais, desenvolvidas principalmente nos anos 70, a assistência médica passou a constar entre os benefícios oferecidos aos empregados. No setor privado, a assistência no âmbito das empresas acompanhou a instalação da indústria

automobilística, particularmente das montadoras estrangeiras, a partir dos anos 50 (CIEFAS, 2000; Bahia e Vianna, 2002; ABRAMGE, 2002).

Em meados da década de 60, a assistência diferenciada no âmbito de empresas, restrita aos seus empregados, vai ser estimulada pelas políticas públicas, com a introdução do convênio-empresa, que garantia um subsídio governamental para o custeio dessa assistência anteriormente financiada pela empresa. Essa opção governamental reforçou e ampliou consideravelmente uma prática empresarial que existia ainda de forma restrita desde as décadas anteriores. O convênio-empresa foi o incentivo dado pelo governo para a diferenciação dos padrões de assistência à saúde e contribuiu para o crescimento e consolidação do sistema supletivo de saúde para as grandes empresas. O nivelamento dos benefícios e a ampliação substantiva da demanda com a criação do INPS, que se traduzia em uma pressão sobre a oferta de serviços e tinha repercussões na qualidade da assistência prestada, representaram a justificativa para a expansão da assistência empresarial nas grandes empresas públicas e privadas, particularmente as localizadas na região Sudeste. Isso significa que ao movimento de ampliação de cobertura em direção à universalização que a reforma previdenciária significou contrapunham-se outras medidas públicas que recriavam a diferenciação entre os trabalhadores em relação à assistência, desta vez não mais por categoria profissional, como era a característica dos IAPs, mas pela forma de inserção no mercado de trabalho. Da mesma forma que a ausência de um projeto universalista e igualitário caracterizou a inserção de forma corporativa dos benefícios sociais no Brasil, entre eles a assistência à saúde, a unificação das instituições previdenciárias, com a conseqüente unificação de benefícios e serviços, não significou a constituição de um projeto político de diretos igualitários. A reforma foi feita de cima para baixo pelo governo autoritário, sem expressar uma demanda coletiva ou sem a mobilização de trabalhadores nesse sentido. Ao contrário, as propostas reformistas anteriores contaram com as pressões corporativas que se opunham à unificação. É logicamente plausível supor que a expansão da assistência empresarial privada, incentivada pela política governamental, tenha tido o efeito de reforçar muito mais uma “cultura” da diferenciação, passando a vincular o interesse imediato de uma parcela de trabalhadores a uma assistência privada de melhor qualidade.

A motivação das empresas para assumir a assistência de seus empregados está relacionada a diferentes fatores, entre os quais: a importância da saúde para a produtividade, que passa a ser um elemento fundamental no tipo de indústria

implantado no final da década de 50; e a necessidade de controlar o absenteísmo, comprometido pelas dificuldades de acesso ao atendimento público, particularmente o ambulatorial, situação que gerava atraso na solução dos problemas de saúde dos empregados. Às empresas interessava ter sob seu controle a assistência médica de seus empregados para obter uma solução mais rápida na recuperação das condições de trabalho e para o acompanhamento do índice de absenteísmo (Carneiro, 2001). A cobertura assistencial das empresas enfocava mais os trabalhadores do que seus familiares e, em geral, limitava-se aos atendimentos ambulatoriais. Essa “medicina do trabalho” era voltada para a prevenção das doenças ocupacionais e dos acidentes do trabalho, para a redução das perdas daí decorrentes e, também, para promoção de melhor adequação do empregado ao processo de produção. A utilização dos serviços de saúde como instrumento de controle dos empregados e a perda do direito de utilização do INPS geravam a resistência dos sindicatos aos convênios com a Previdência.

A partir dos incentivos financeiros propiciados às empresas que montassem serviços de saúde, vão se desenvolver os serviços próprios de empresa ou planos de autogestão, casos em que a própria empresa administra a assistência médica prestada a seus empregados. Como foi visto no capítulo anterior, em alguns casos a empresa passou a optar pela contratação de outra empresa para gerir a assistência médica, dando impulso à medicina de grupo e, em um segundo momento, às cooperativas médicas, como reação à medicina de grupo. Nessas situações, a empresa empregadora paga para a empresa ou cooperativa contratada um valor *per capita* pré-fixado, independentemente dos procedimentos que venham a ser executados, dando origem aos chamados *planos de pré-pagamento*. Apenas mais tarde as empresas passaram a optar também pela contratação de um seguro de saúde, ao invés de administrarem seus planos. A expansão da assistência empresarial assume, assim, diferentes formatos institucionais e propicia a constituição de novos agentes no mercado da assistência privada, configurando identidades e clivagens sociais.

Embora a formação da medicina de grupo tenha se iniciado na década de 50, quando se constitui o primeiro grupo médico<sup>75</sup>, seu desenvolvimento ocorreu na década seguinte, quando surgem algumas das maiores empresas a partir da articulação entre grupos de médicos com hospitais privados ou filantrópicos que ofereciam serviços mediante pré-pagamento (Bahia, 1999:185). Seu surgimento está associado diretamente

---

<sup>75</sup> “O seu embrião foi formado em São Paulo, em 1956, quando alguns médicos desempregados uniram-se para dar assistência aos funcionários e familiares de uma empresa em expansão, mediante um pré-pagamento fixo” (ABRAMGE, 2001).



à assistência médica empresarial, uma vez que as empresas de medicina de grupo eram voltadas exclusivamente para as empresas que mantinham assistência para seus empregados, mediante o sistema de convênios, pelo qual eram comercializados os chamados *planos coletivos*, ou *empresariais*. Os primeiros convênios foram realizados em São Paulo, onde, desde então, vai se concentrar a maior parte da clientela das empresas de medicina de grupo, que se expandirá principalmente nas capitais, em função da concentração de empresas de médio e grande porte, nas quais há maior possibilidade da oferta de planos assistenciais para os empregados<sup>76</sup>.

A explicação dada pelo próprio setor para esse desenvolvimento na década de 60 remete, por um lado, ao desenvolvimento industrial do período, particularmente com a instalação da indústria automobilística no ABC paulista, com o correspondente crescimento das demandas por serviços de saúde da classe trabalhadora, associado à precariedade dos serviços públicos na região, que não conseguiam atender à demanda crescente, e, por outro lado, ao alto e crescente custo da medicina liberal, em função do desenvolvimento tecnológico. A medicina de grupo colocou-se como uma opção intermediária e alternativa, com o sistema de pré-pagamento, estimulada pelos próprios empresários.

Apesar de iniciar de forma incipiente independente dos convênios com a Previdência Social, esse processo de expansão da medicina de grupo e, depois, das cooperativas médicas foi altamente estimulado pelas políticas governamentais de ampliação de cobertura e incentivo à privatização dos serviços de saúde, por meio dos convênios-empresa, mediados e financiados pela Previdência Social. Para a consolidação das empresas médicas, foi importante a articulação política dos setores privados com segmentos da burocracia previdenciária, constituindo os famosos anéis burocráticos da Previdência Social, bastante favoráveis à consolidação desse modelo de expansão da assistência médica.

As cooperativas médicas surgem nos anos 60, posteriormente à medicina de grupo e em oposição a ela, que sempre foi vista pela categoria médica como um mecanismo

---

<sup>76</sup> Em 1973, São Paulo concentrava 100 dos 132 grupos médicos registrados pela Abramge, ao passo que no Rio de Janeiro atuavam apenas 11. A explicação dada por Cordeiro (1984) inclui os seguintes fatores: existência de um setor estatal com maior capacidade instalada no Rio de Janeiro; desinteresse inicial do setor industrial e de serviços do Rio de Janeiro; falta de apoio da burocracia regional aos convênios-empresa. Em compensação, o peso dos contratos individuais com a medicina de grupo vai ser maior no Rio de Janeiro do que em São Paulo.

indesejado de aviltamento do trabalho médico e mercantilização da medicina<sup>77</sup>. Enquanto experiência inédita, as cooperativas resultaram de um movimento de oposição aos grupos médicos, liderado pela AMB e alguns sindicatos médicos, e foi uma estratégia para preservar a autonomia da categoria frente ao que consideram a subordinação do trabalho médico, sob a forma de assalariamento, à lógica lucrativa dos proprietários das empresas de medicina de grupo. Procurando sempre marcar sua especificidade<sup>78</sup>, esse movimento se dispôs a passar para a sua responsabilidade direta a prestação de assistência médica aos trabalhadores. Em 1974, pelo Plano de Pronta Ação, a Previdência Social passou a priorizar a livre escolha e incorporou as cooperativas médicas à assistência pública.

Mas, ao contrário da medicina de grupo, a expansão inicial das cooperativas se deu a partir da captação de clientes individuais, espalhados por todo o país, embora a maioria fosse sediada em cidades do interior de São Paulo. Até a década de 80 os convênios com empresas eram bem mais reduzidos em relação à medicina de grupo. Entretanto, a partir desta época, mesmo partindo de concepções antagônicas sobre a prática médica, passaram a disputar com a medicina de grupo a mesma clientela – as empresas que prestavam serviços de saúde a seus empregados –, além de adotarem os mesmos mecanismos de financiamento e controle do consumo de serviços, via sistema de pré-pagamento.

A terceira e mais recente modalidade empresarial a atuar no mercado de assistência à saúde é constituída pelas seguradoras. Apesar de o Seguro de Saúde estar previsto desde o Decreto-lei n.º 73/66, a comercialização de seguros no ramo saúde iniciou-se nos anos 70, após autorização da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) e em decorrência da Resolução 11 do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), de maio de 1976. Seu crescimento se dará apenas nos anos 90. Para o ramo Seguro de Saúde a legislação estabelece limite financeiro de acordo com o valor da apólice adquirida, franquia e livre escolha dos profissionais e serviços de saúde pelo segurado com pagamento direto ao prestador de serviço. Sem relação direta com o Seguro de Saúde, a Resolução CNSP n.º 16, de 20/12/88, criou o ramo específico, denominado

---

<sup>77</sup> A primeira surgiu em Santos/SP, em 1967, espalhando-se por cidades paulistas e depois por todo o Brasil. É uma modalidade de assistência privada em que os médicos cooperados são também os prestadores de serviços, recebendo pagamento por capitação. Em princípio, seguem a legislação específica de cooperativas e não têm fins lucrativos.

<sup>78</sup> “A UNIMED não é uma empresa de assistência médica como as outras, é uma Cooperativa de Trabalho Médico, em que os próprios médicos cooperados são os donos do negócio. Isso garante ao médico a ética na prática de sua profissão, e ao usuário, o privilégio de ser atendido com toda a dignidade e qualidade no consultório do próprio dono” (UNIMED, 2002).

“Seguro de Assistência Médica e ou Hospitalar”, que se assemelha a plano de saúde e prevê contrato com limite financeiro anual e ou com base em tabela de valores por evento e institui o reembolso de despesas. O Seguro de Saúde tem baixa aceitação no mercado brasileiro e é pouco comercializado. Já o Seguro de Assistência Médica e ou Hospitalar é o principal produto das seguradoras que atuam no ramo saúde (Mesquita, 2002). A atuação mais sistemática das seguradoras na assistência supletiva deu-se a partir de 1989, quando foram autorizadas por um dispositivo legal da SUSEP (Circular 5/1989) a se vincularem a serviços de saúde mediante o referenciamento de prestadores de serviços. Com isso, elas tiveram a alternativa de efetuar o pagamento direto ao prestador, ao invés de se limitarem ao pagamento das despesas realizadas pelo segurado, conforme previsto na apólice. Isso permitiu a diminuição dos custos, tornando-se mais competitivas e, na prática, tornou-as similares à medicina de grupo e às cooperativas ao poder constituir redes de serviços médicos. Inicialmente voltada para clientes individuais, passaram também a disputar o mercado das empresas, uma vez que esse apresenta maiores perspectivas de expansão. Além disso, passaram a competir também pela administração de planos de autogestão.

### **3.3 A expansão da assistência médica supletiva nos anos 80 e sua evolução recente**

A década de 80 registra expansão da assistência médica privada, em decorrência, principalmente, do aumento substancial dos planos empresariais de assistência à saúde. Nesse momento, essa expansão vai prescindir dos subsídios governamentais diretos que tinham sido importantes para sua institucionalização e a assistência privada já estava legitimada tanto por usuários como pelo governo e pelas empresas. Essa consolidação se dá paralelamente a mudanças nas políticas de saúde no sentido de valorização do setor público mediante uma maior racionalização na utilização dos recursos em momento de crise de financiamento da assistência médica previdenciária, o que será objeto do próximo capítulo.

Embora as razões que motivaram as empresas a criar planos de saúde para seus empregados nas décadas anteriores não deixem de estar presentes, outras motivações nesse período se agregam às anteriores. Do ponto de vista da empresa, o desenvolvimento da assistência médica nos anos 80 está associado à evolução das teorias administrativas e às novas concepções relativas ao papel social da empresa, segundo as quais se passou a considerar a assistência médico-hospitalar integral e

complementar também como responsabilidade da empresa, e não apenas a saúde ocupacional e a medicina do trabalho (Médici, 1991b). Sem deixar de ser um mecanismo de controle das perdas do trabalho, por meio da assistência a empresa passa a focar, além da medicina do trabalho, a segurança social, ocupando-se também da assistência médica global – abarcando atendimentos ambulatoriais, hospitalares e odontológicos – não só dos empregados, mas também de suas famílias. Os gastos com saúde assumem a conotação de investimentos, considerando que os problemas de saúde da família também interferem na produtividade. Em alguns casos, a assistência passa a cobrir até os aposentados como forma de facilitar a rotatividade da mão-de-obra (Carneiro, 2001). Pesquisa feita pela empresa de consultoria Montigny Woerner em 1989 mostrou que os fatores identificados pelas 230 empresas pesquisadas que as levavam a ter um plano de assistência médica, por ordem de importância, e não mutuamente exclusivos, eram: dar ao empregado sentido de segurança; manter a empresa competitiva em relação ao mercado; atrair e reter mão de obra de melhor qualidade; amenizar o clima de conflito entre patrões e empregados; cumprir bons preceitos de responsabilidade social; compensar as deficiências do sistema público; manter quadro de empregados saudáveis para reduzir absenteísmo e melhorar o desempenho; fornecer salário indireto; por motivos de saúde pública e higiene do trabalho; e por exigências dos dissídios coletivos. Apenas os três últimos fatores tiveram menos do que 80% de respostas. A mesma pesquisa mostrou que as empresas que investiam mais em atenção médica eram aquelas com mão-de-obra mais qualificada, melhores salários, menor rotatividade e alta incorporação de tecnologia<sup>79</sup>.

Outro condicionante para a expansão da assistência privada nos anos 80 foi a piora da qualidade dos serviços estatais, atribuída à crise da Previdência Social da primeira metade da década, em consequência da redução dos preços pagos ao setor privado prestador de serviços<sup>80</sup>. Outra consequência da crise que atingiu diretamente o mercado

---

<sup>79</sup> De acordo com Carneiro (2001), a política de saúde da empresa é influenciada por vários fatores, como o porte da empresa, o modelo de regulação do trabalho, a incorporação de tecnologia, o tipo de mão-de-obra, a cultura empresarial, a organização sindical dos empregados, a atuação dos concorrentes, a localização da empresa, a legislação em vigor, a concentração do efetivo. Mas o elemento decisivo é a incapacidade do Estado para prestar assistência adequada. Empresas com mão-de-obra pouco especializada, baixos salários, alta rotatividade, produção fortemente influenciada pelo tamanho e ritmo da jornada de trabalho tenderam a investir menos, restringindo-se a atendimentos ambulatoriais, usualmente por meio da medicina de grupo. Ao contrário, empresas com mão-de-obra especializada, melhores salários, rotatividade pequena e alta incorporação de tecnologia investiram mais, buscando atenção médica de padrão melhor e mais completa.

<sup>80</sup> A remuneração dos serviços dos prestadores tinha como referência tabelas próprias do INAMPS, que era o grande comprador de serviços, as quais eram adotadas, inclusive, pelos outros compradores, como medicina de grupo e empresas. Um dos mecanismos governamentais para reequilibrar seu orçamento foi

de assistência à saúde foi a progressiva extinção dos convênios da Previdência Social com as empresas, realizada não de forma explícita, mas via mecanismo de remuneração, que deixa de ser o incentivo que alavancara o estabelecimento dos convênios nas duas décadas anteriores. Em 1986, o valor *per capita* pago pela Previdência aos convênios foi congelado, em um momento de altas taxas inflacionárias, chegando a perder seu valor real, desestimulando a manutenção dos convênios. A perda de importância dos convênios-empresa como mecanismo de financiamento público da assistência prestada pelas empresas levou a uma transformação no financiamento dos seus serviços de saúde, que passam a ser custeados pela empresa diretamente e pelos funcionários, mostrando a institucionalização desse tipo de atividade empresarial.

Outros instrumentos legais passariam a funcionar como incentivo estatal indireto para as empresas manterem planos de saúde para seus empregados. Em primeiro lugar, destacando-se pelo seu significado político, foi a permissão legal para as empresas repassarem os gastos aos preços dos produtos, computando as despesas com assistência médica como custos operacionais, sendo, portanto, objeto de dedução da renda bruta para efeitos de tributação do imposto de renda<sup>81</sup>. Embora seja ainda difícil estimar o volume dessa renúncia de arrecadação, ela é indicativa do objetivo governamental de incentivar as empresas a assumirem a assistência de seus empregados, uma vez que as despesas tributárias (ou renúncias de arrecadação), em suas diferentes formas, só se justificam com vistas a se alcançar algum objetivo ou estimular alguma atividade. Podemos inferir que, por meio desse incentivo indireto, a opção pública contribuiu para a expansão da assistência médica de caráter privado no âmbito das empresas, já devidamente estruturadas para isso desde as décadas 60 e 70, quando contaram com incentivos diretos. 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 apontam para 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

---

reduzir os gastos com a compra de serviços, reajustando as tabelas e a unidade de pagamento de honorários (US) abaixo dos índices inflacionários. Dados de Medici (1991:9) mostram que no período de 1977/83, ao passo que houve uma variação no valor do salário mínimo da ordem de 2.139%, o valor da US paga pelo INAMPS para remuneração dos serviços de saúde subiu apenas 1.231%, e o preço da diária hospitalar em enfermaria no mesmo período aumentou apenas em 1.327%.

<sup>81</sup> Os dados disponíveis pela Secretaria da Receita Federal não permitem a mensuração do volume de recursos gastos pelas empresas com saúde, mas “a SRF estima que as empresas deduziram, com pagamento de assistência médica para os seus empregados, R\$ 2,368 milhões, em 1996, e R\$ 2,175 milhões, em 1998” (Dain, Quadros e Cavalcanti, 2002:232).

de cunho privado e empresarial para os trabalhadores em detrimento de uma cultura publicista.

Um segundo mecanismo nos anos 80 contribuiu para favorecer o desenvolvimento da assistência médica das empresas com parte dos custos assumidos pela Previdência. Em função de forte reação dos prestadores de serviços, representados principalmente pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e pela Associação Médica Brasileira (AMB), à deterioração de sua remuneração, por meio de algumas medidas, sem aumentar os valores pagos, o governo transferiu para os usuários do sistema público o pagamento de parte do valor dos atendimentos ao permitir a cobrança de complementação para os segurados que optassem por acomodações especiais, superiores às autorizadas pela Previdência Social<sup>82</sup>. Pensadas como medidas para compensar a deterioração dos valores pagos pela Previdência aos hospitais contratados, transferindo o custo para os usuários, elas incentivaram a ampliação dos planos empresariais, uma vez que essa complementação poderia ser coberta diretamente pelos segurados ou pelo sistema de assistência médica próprio da empresa. Como consequência, os hospitais privados passaram a canalizar maior número de pacientes para acomodações especiais e a dificultar as internações em enfermarias – acomodação custeada pelo setor público –, direcionando sua ação para clientela de maior poder aquisitivo e, particularmente, para os empregados de empresas com planos de saúde próprios (Medici, 1991)<sup>83</sup>.

Esse arranjo, a princípio, garantiu o equilíbrio dos vários interesses favorecidos por ele, na medida em que o governo mantinha seus gastos comprimidos, os prestadores de serviços – hospitais e profissionais – recebiam valores majorados, as empresas

---

<sup>82</sup> Pela Portaria 2079/1980/INAMPS, o governo permitiu a cobrança de valores adicionais por instalações de padrão superior ao custeado pelo setor público, o que significou aumento de 100% dos preços das diárias e taxas hospitalares e dos honorários médicos no caso de utilização de acomodações especiais. Pela Portaria MPAS 2837/1982 foi permitida a cobrança de até 8,3% vezes a tabela de honorários médicos elaborada pelas associações de classes para atendimentos especiais, o que aumentava em mais de 700% a complementação.

<sup>83</sup>No início da década de 90, quando se inicia o processo de implantação do Sistema Único de Saúde, esses mecanismos foram revogados pela Resolução 283/1991 do INAMPS. Recentemente, em um contexto de insatisfação crescente dos profissionais médicos quanto aos critérios e tabelas de pagamento dos planos e seguros de saúde, houve tentativas de restabelecer a possibilidade de complementação de honorários aos pacientes do SUS quando optassem por acomodações especiais. Proposta do deputado federal Rafael Guerra nesse sentido, aprovada sob a forma de uma indicação ao Poder Executivo pela Comissão de Seguridade Social e Família, não foi considerada, entretanto, pelo Ministério da Saúde, o que parece confirmar a segmentação definitiva entre os pacientes do SUS e o dos planos de saúde. A proposta encontra também apoio da entidade representativa dos hospitais, interessados em aumentar os seus serviços em uma situação identificada como de crise e endividamento.

atendiam seus empregados a custo mais reduzido e os empregados de empresas que mantinham planos de saúde recebiam atendimento de nível mais elevado a menor custo. Para a população excluída desse arranjo, ou seja, a grande massa de segurados, a qualidade do atendimento público nos estabelecimentos privados se deteriorava, em consequência das estratégias de redução de custos adotadas pelos prestadores para se adaptarem aos preços pagos pelo setor público. Para aumentar o faturamento, os prestadores também agiram, tendo em vista os limites e possibilidades colocados pelas regras estabelecidas para pagamento pelo setor público<sup>84</sup>.

Mas ao atender as entidades representativas dos prestadores e adotar como referencial as suas tabelas, a decisão do governo significou um aumento substancial do custo da complementação do atendimento, levando a um comportamento adaptativo das empresas que mantinham assistência para seus empregados. Elas passaram a dificultar as interações via serviços estatais e optaram por fazê-las mediante contratos diretos com os prestadores de serviço, com base em tabelas de remuneração, a princípio, baseadas na tabela pública e gradativamente sendo negociadas tabelas próprias com os prestadores (Carneiro, *op. cit.*). Essa mudança de comportamento marca uma inflexão importante e consolida o processo de autonomização da assistência privada prestada pelas empresas em relação à assistência pública. Iniciado com o fim dos convênios empresas-Previdência Social, esse processo se consolida e essa modalidade de assistência deixa de ser complementar à assistência pública e se torna suplementar, isto é, independente. Em reação às decisões públicas, mudaram as estratégias dos atores – hospitais e empresas.

---

<sup>84</sup> De acordo com Carneiro (*op.cit.*), um participante ativo do sistema de assistência médica das empresas, tanto como administrador do plano da USIMINAS quanto como dirigente da ASASPE-, para a redução dos custos os administradores hospitalares tenderam a aumentar o número de leitos por enfermarias; reduzir o número de funcionários, além de manterem um “arrocho salarial”; reduzir investimentos em obras, serviços de manutenção e de infra-estrutura; e reduzir gastos com serviços básicos, como cozinha, lavanderia, sistemas de controle de qualidade e de infecção hospitalar. A consequência óbvia foi o rebaixamento geral da qualidade do atendimento em enfermarias. Para aumentar o faturamento, trataram de transformar enfermarias em apartamentos; buscar superfaturamento de materiais e medicamentos cujo pagamento observava os valores de mercado; realizar investimentos em compra de equipamentos geradores de serviços; aumentar a realização dos serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, direcionando os serviços hospitalares para ações de alto custo e tecnologia; e forçar a internação em apartamentos, além de fraudes. A redução percentual dos ganhos com diárias, taxas e honorários foi acompanhada pelo crescimento do faturamento com materiais/medicamentos (MAT/MED) e pelos serviços auxiliares de diagnósticos e tratamentos (SADT). Ao passo que no período de 1967/76 as diárias e taxas correspondiam a 57% das receitas hospitalares, elas se reduzem para 34%; o Mat/Med aumenta de 11 para 17%; os honorários baixam de 15 para 9%; e os SADT passam de 16 para 40% das receitas hospitalares. A incorporação de tecnologia foi utilizada como forma para tornar inócuas as tentativas do INAMPS de restrição de gastos, o que foi facilitado pelo sistema de US, pois, embora fosse limitado o valor da US, não o era o seu número global.

Em conseqüência, o desenvolvimento da assistência privada passa a se mover pela lógica de um mercado auto-regulado. Em uma situação de ausência de regulação governamental, os diferentes agentes do mercado se movimentam no sentido de se auto-regulamentarem. Nesse processo, a categoria médica, por intermédio da AMB, a partir de 1984, passou a editar uma tabela de honorários médicos para todo o território nacional, voltada para reger os convênios e contratos estabelecidos entre serviços de saúde e empresas (Medici, 1991:14). Isso foi o resultado de uma ação de planos de autogestão a partir de uma crise que os forçou a adotar ações conjuntas frente aos prestadores de serviços para negociar preços. Em 1986, o INAMPS abandonou sua própria tabela e passou a adotar a da AMB para pagamento dos serviços contratados e tornou livre a complementação de honorários e serviços para uso de acomodações especiais, mais uma vez incentivando a preferência dos prestadores de serviços pelos clientes com capacidade de pagamento, entre esses os beneficiários de planos empresariais. Em clara concessão às pressões da categoria médica, o agente regulador de preços deixa de ser o governo e passa a ser a AMB, cuja tabela passa a ser a referência tanto para o sistema público quanto para o privado.

Além da ação governamental, o crescimento da assistência supletiva foi muito influenciado pelas ações das entidades representativas dos prestadores privados, que vão se adaptar à nova clientela de origem privada, passando a ter uma relação mais seletiva com o setor público. No final da década de 80, houve uma tendência de afastamento progressivo dos hospitais com maior incorporação de tecnologia dos credenciamentos com o setor público, exceto para os procedimentos mais rentáveis e não cobertos pelo sistema supletivo. As ações mais importantes da FBH se dividiam entre ampliar os atendimentos via sistemas privados de assistência e buscar extrair mais recursos do setor público em uma disputa reiterada e constante em torno da ampliação dos valores dos serviços. Por sua vez, a AMB buscou assumir o papel de regulador de preços e sempre ofereceu resistências a qualquer forma de controle administrativo ou orçamentário, além de defender a livre escolha do profissional pelo paciente. Por essas razões, mesmo sendo cada vez mais atraída pelo mercado privado, ofereceu resistências ao caráter empresarial da assistência privada, expressando o conflito de interesses entre as entidades médicas e as empresas e operadoras de planos de saúde. Tal conflito expressou-se no crescimento das cooperativas médicas.

No final da década, intensificou-se a comercialização de planos de saúde individuais não apenas pelas cooperativas médicas, que tinham começado suas atividades nesse



segmento e vão se desenvolver muito nesse período, mas também pela medicina de grupo<sup>85</sup> e pelas grandes seguradoras, que entram no ramo saúde, atendendo a uma demanda de segmentos da população de renda mais alta, justificada pelo alto custo da medicina privada. Contudo, manteve-se a forte preponderância da clientela empresarial no caso da medicina de grupo<sup>86</sup>, que deixa de ser restrita ao operariado dos setores industriais e amplia sua cobertura para os assalariados de grandes, médias e pequenas empresas do setor terciário e sindicatos e associações profissionais (Bahia, 1991:39). Ainda na década de 80, dá-se a incorporação de funcionários públicos da administração direta e da indireta à assistência médica supletiva de caráter coletivo (Bahia e Viana, 2002).

Decisões governamentais também incentivaram a opção individual pela assistência privada. A política tributária, ao permitir deduções da renda tributável das pessoas físicas para fins de pagamento do imposto sobre a renda, contribuiu para a inserção nos planos privados ou, mesmo, para a utilização da medicina liberal (desembolso direto) de pessoas provenientes dos estratos de renda mais altos. Apesar das limitações da utilização dos dados oficiais relativos a essas deduções, eles permitem visualizar como esse tipo de benefício tributário favorece principalmente as pessoas com maiores rendas, constituindo uma despesa governamental questionável do ponto de vista da equidade ou, mesmo, da igualdade, elencada como um dos princípios constitucionais do sistema público de saúde. Os dados mais recentes da Secretaria da Receita Federal (2002) apontam para algumas evidências esperadas: os de maior renda gastam mais com saúde e, conseqüentemente, deduzem maiores valores<sup>87</sup>. Se considerarmos que a renúncia

---

<sup>85</sup> A entrada da medicina de grupo na comercialização de planos individuais se deu a partir, principalmente, da Golden Cross, com base no modelo americano das HMO. Ainda durante o governo militar, a Golden Cross foi reconhecida como entidade filantrópica, o que significou um estímulo governamental para seu desenvolvimento por meio de subsídios fiscais. Posteriormente, a empresa perdeu esse privilégio, o que foi uma das razões para seu retrocesso. Dos cerca de três milhões de cobertos que chegou a possuir, passou a cerca de apenas trezentos mil atualmente. Mas a empresa foi também pioneira no ramo de seguros-saúde, criando uma seguradora nos anos 90. A Golden Cross funcionou como um modelo para o segmento no ramo de planos para pessoas físicas (de acordo com entrevista com José Fernando Rossi, presidente da ABRAMGE/MG, em 10/2002).

<sup>86</sup> Em 1988, 96,4% dos convênios eram com empresas e apenas 3,6% com indivíduos (Mendes, 1993).

<sup>87</sup> Essas deduções são indicativas do desembolso direto com saúde dos segmentos da população que são obrigados a fazer a declaração anual em função do patamar de renda. A utilização dos dados da Receita Federal relativos a essas deduções apresenta algumas limitações, como o fato de que nos últimos anos muitos contribuintes fazem a opção pela chamado “formulário simplificado”, no qual todas as deduções permitidas por lei são substituídas por um desconto padrão de 20% da renda tributável até um limite, atualmente, de R\$8 mil. Portanto, não é possível extrair desse tipo de declaração a dedução que pudesse ser creditada a possíveis gastos com saúde do contribuinte e seus dependentes, uma vez que não há detalhamento da dedução. Além disso, os dados dos contribuintes que fazem a declaração completa não permitem a desagregação por tipo de despesas médicas, que tanto podem ser gastos com mensalidades de planos de saúde quanto relativos a pagamento direto aos prestadores de serviços de saúde. Em 2001, do total de declarantes do Imposto de Renda, um pouco mais de 60% usou o formulário simplificado, cujo

tributária é parte do gasto governamental com saúde, pode-se concluir que esse gasto público indireto com saúde decorrente do benefício tributário da dedução do total das despesas com assistência médica beneficia aqueles contribuintes de maior renda, além de constituir um incentivo à não utilização do sistema público, uma vez que, pelo menos em parte, os gastos individuais com saúde acabam sendo cobertos pelo governo indiretamente. Do ponto de vista da legitimação dos serviços públicos, a renúncia fiscal neste caso fragiliza mais o setor público, ao favorecer que sejam excluídos de sua cobertura os cidadãos de maior poder aquisitivo, cujo comportamento, de forma indireta, é estimulado pela política tributária.

Nos anos 90, a assistência à saúde nas empresas passa a ser “um benefício de forte apelo para atração e manutenção de quadros pessoais qualificados” (CIEFAS, 2000:18-19). Mas o crescimento dos custos, alavancado pelas entidades médicas, será um fator limitador do crescimento da assistência supletiva<sup>88</sup>. A crise econômica do período e as mudanças tecnológicas, com a redução dos postos de trabalho, levaram as empresas a restringir seus custos para sobreviver. Isso teve conseqüências negativas sobre a expansão dos planos próprios de empresa, que registraram diminuição significativa no número de beneficiários. As seguradoras serão o único segmento da assistência supletiva que se expande na década, embora se constituam na modalidade empresarial mais recente no mercado e ainda com o menor número de clientes<sup>89</sup>. No final da década, inicia-se o processo de regulamentação governamental do setor, que trouxe a

---

rendimento foi de apenas 30% dos rendimentos totais declarados e 44% dos rendimentos tributáveis (Ministério da Fazenda – SRF/2002). Para os contribuintes que optaram pelo formulário completo, a dedução relativa a despesas médicas foi de cerca de treze bilhões e meio de reais, sendo o item de maior dedução relativa - 19% do total das deduções, total que inclui aquelas não discrimináveis realizadas no formulário simplificado, as quais constituem 32% do total das deduções (as demais incluem despesas com previdência oficial e privada, dependentes, instrução, pensão judicial e despesas escrituradas no livro caixa), e beneficiou cerca de três milhões e meio de pessoas, com uma média de R\$ 3.851, 44 por pessoa. A dedução média é progressiva em função dos rendimentos e alcançou R\$7.834,36 entre os declarantes da faixa de renda anual mais alta (acima de 120 mil reais). Estudo da Declaração de Imposto de Renda de 1999 apontou que a renda anual dos declarantes pela via do desconto simplificado é bem mais baixa do que dos demais, sendo que mais da metade deles tinha renda anual de até 12 mil reais (Ministério da Fazenda – SRF, s/d). Entretanto, entre aqueles que fizeram a declaração completa e que discriminaram a dedução com despesas médicas, apenas 6% se situava nessa mesma faixa de renda inferior. Os 40% de contribuintes situados nas faixas de rendas mais altas (acima de R\$30 mil anuais) abateram valores superiores a 60% do total das deduções de todos os declarantes com despesas médicas.

<sup>88</sup> A partir de 1994, a medicina de grupo reconhece uma fase de lenta expansão e, até, de retração, atribuída às conseqüências da estabilização da moeda e à redução dos índices inflacionários, que impossibilitou que as operadoras contrabalançassem aumentos de custos com as receitas financeiras, dada a queda das taxas nominais de juros.

<sup>89</sup> As seguradoras se caracterizam por ofertar os planos de maior custo, geralmente voltados para os níveis mais altos da hierarquia da empresa. Como essa parcela dos empregados parecem ser os mais valorizados em função da necessidade de quadros qualificados, que passa a ser considerado como um elemento fundamental para garantir a competitividade das empresas, é possível supor que a expansão das seguradoras esteja associada à expansão de planos de saúde de padrão mais elevado, em detrimento dos planos voltados para toda a massa de empregados de uma empresa.

necessidade de adaptações para todas as modalidades de planos de saúde, o que será analisado no capítulo 6.

Embora as UnimedS tenham sido criadas em oposição à medicina de grupo e ainda usufruam as vantagens legais decorrentes do fato de serem uma cooperativa – portanto, instituições não lucrativas –, o seu desenvolvimento mostra cada vez mais as suas similaridades em relação às características da assistência e ao desenvolvimento empresarial. No final da década de 70, ambas as modalidades institucionais se reestruturaram do ponto de vista empresarial, ocorrendo associações entre empresas, vinculação a grupos empresariais de outros ramos e aquisição de estabelecimentos de saúde. Nos anos 80, passaram a associar-se a segmentos do setor financeiro ou criar suas próprias seguradoras e diversificaram suas atividades, passando a conformar redes de cuidados e assistência médica, que incluem empresas de transporte aéreo e terrestre e cuidados domiciliares (Bahia, 1999)<sup>90</sup>.

---

<sup>90</sup>O estudo de caso da AMIL feito por Bahia (1991) ilustra bem a trajetória da medicina de grupo e sua relação com as políticas governamentais que incentivaram a “privatização” da assistência médica. A origem da empresa remonta à associação entre médicos proprietários de hospitais e clínicas para a criação de uma empresa, em 1974, para facilitar a administração dos hospitais. A expansão desses hospitais foi favorecida pelas políticas públicas, tanto de compra de serviços privados quanto de acesso a financiamentos via FAZ, que permitiu a reforma, a ampliação e a aquisição de equipamentos. Ainda na década de 70, a empresa do grupo de médicos começa a estender seus convênios com entidades profissionais, sendo também criada a AMIL, como uma entre outras empresas médicas acopladas a hospitais que se desenvolveram a partir de então e que passaram a captar clientes fora da Previdência Social. Inicialmente voltada para planos empresariais (coletivos), na década de 80 passa a operar progressivamente com planos individuais. Nessa mesma década, a empresa expande sua rede de serviços própria no nível ambulatorial, comprando laboratórios e criando centros médicos ambulatoriais. Na década seguinte, expande suas atividades na distribuição, importação, exportação e representação de produtos e equipamentos/materiais médico-hospitalares. No período de 1983 a 1990, o número de beneficiários dos planos de saúde da AMIL e o de empresas contratantes elevou-se em cerca de 1.000%, e a empresa foi incluída entre as 500 maiores do Brasil, segundo a classificação da *Conjuntura Econômica*. No início da década de 90, diante da recessão econômica, com conseqüências sobre a capacidade de compra da maioria da população, conseqüentemente dificultando a atração de novos clientes e, mesmo, a manutenção de outros, a empresa de medicina de grupo prioriza as vendas de planos de saúde para empresas, além de estabelecer diretrizes voltadas para a redução do custo da assistência médica. Entre essas, passam a ser discutidas o esforço contra o uso considerado indevido de atos médicos, combate a fraudes, formas alternativas de remuneração dos médicos, como o pagamento da produtividade etc. A evolução das cooperativas médicas indica um processo similar de expansão empresarial. O conjunto das UnimedS constitui hoje o que se denomina de “Complexo Empresarial Cooperativo Unimed”, que inclui, além das cooperativas de trabalho médico, cooperativas de usuários (UsimedS), cooperativas de crédito (Unicreds), a Fundação Unimed e, ainda, oito empresas, entre essas uma seguradora. Por meio da Central Nacional Unimed – uma operadora nacional de planos de saúde, criada após a regulamentação dos planos de saúde – oferece assistência médica empresarial com benefícios especiais e atendimento diferenciado com abrangência nacional, ou seja, comercializa produtos diferenciados de acordo com a opção – e recursos – do cliente/empresa. Para treinamento dos profissionais, conta com uma universidade, o Núcleo Educacional da Fundação UNIMED, baseado no modelo de universidade corporativa. Um sistema de cooperativas de crédito administra e otimiza recursos gerados pelas empresas do sistema Unimed e financia a compra de equipamentos, construção de hospitais e outras unidades prestadoras de serviços. Cooperativas de usuários, entre outras vantagens de uma cooperativa de consumo, visam ao acesso a serviços não previstos contratualmente pelos planos de saúde, via convênios com diferentes empresas (Unimed, 2002).

A par dessas transformações que atingem os grandes grupos empresariais, surgem pequenas empresas voltadas para o atendimento de demandas individualizadas de segmentos com menor poder aquisitivo e localizados em áreas mais carentes, que oferecem planos de saúde com menor preço e mais baixos níveis de cobertura, utilizando redes de prestadores mais regionalizadas e restritas do ponto de vista tecnológico. Particularmente no âmbito de hospitais, passaram a ser comercializados planos de saúde voltados para consumidores individuais. Considerados como uma solução para a crise financeira dos hospitais, essa modalidade tem se desenvolvido com mais intensidade em cidades do interior do país, embora não se restrinjam a elas, e também em instituições filantrópicas. Nesse último caso, geram polêmica, em função das isenções fiscais a que fazem jus, situação que entra em contradição com o caráter lucrativo dos planos de saúde. Operando no sistema de pré-pagamento, os hospitais atuam ao mesmo tempo como órgão arrecadador e prestador de serviços.

Nos últimos anos, observa-se uma interpenetração dos segmentos comercial e não lucrativo, por meio da ampliação dos planos de autogestão administrados por empresas de medicina de grupo, cooperativas e seguradoras. Nesses casos, em que a empresa que mantém assistência para seus empregados opta por uma administração terceirizada por meio de planos de pós-pagamento, acabam se entrecruzando e aproximando cada vez mais os diferentes segmentos da assistência supletiva<sup>91</sup>.

Até recentemente, além dos incentivos legais à concessão de planos privados de saúde pelas empresas empregadoras, outros incentivos fiscais favoreciam as empresas médicas, particularmente a isenção de tributação para as entidades sem fins lucrativos, que incide sobre cooperativas médicas e as medicinas de grupo vinculadas a instituições filantrópicas. Pressões governamentais têm ocorrido no sentido de retirar as isenções que beneficiam as cooperativas médicas e as entidades chamadas de filantrópicas, muitas delas comercializando planos de saúde. A regulamentação pública dessa atividade privada no final da década trouxe a necessidade de novas adaptações frente à

---

<sup>91</sup>Nos chamados “planos de administração”, a empresa entrega a administração de seu programa de saúde a outra empresa, mediante o pagamento de uma taxa de administração e pelo sistema de pós-pagamento cobre os gastos com os serviços efetivamente realizados. Essa alternativa é uma opção para empresas menores que não conseguem arcar com um sistema de autogestão ou quando não querem assumir esses encargos administrativos, as quais têm um custo menor do que a contratação de uma operadora comercial. De acordo com Mendes (1993:67), os planos de administração em 1989 cobriam 400.000 beneficiários, apenas 1,3% do total da atenção médica supletiva. Dados da pesquisa anual da Towers e Perrin de 1999/2000 mostram que a gestão terceirizada era utilizada por 23% das 237 empresas pesquisadas, o que poderia ser feito tanto por empresas especializadas ou por qualquer forma de operadora. De acordo com o cadastro da ANS, em dezembro de 2001 as administradoras constituíam 3% das operadoras de planos de saúde e cobriam menos de 1% dos beneficiários.

exigência de ampliação da cobertura oferecida, com reflexos nos custos e na lucratividade, e passou a exigir mudanças na configuração jurídica das instituições privadas de assistência à saúde, particularmente as seguradoras e os hospitais.

### **3.4 Características e dimensões das diferentes modalidades institucionais da assistência privada**

#### **3.4.1 Empresas e beneficiários**

Apesar de partilharem muitos aspectos comuns, há diferenças entre as diversas modalidades institucionais quanto à forma de inserção dos usuários, personalidade jurídica, localização, cobertura e preços, entre outras. As dimensões respectivas também divergem, bem como sua evolução no tempo.

Não existem dados disponíveis que informem quantas empresas mantêm assistência à saúde para seus empregados ou que permitam identificar a dimensão de cada uma das formas institucionais pelas quais empresas e outros tipos de organizações prestam assistência à saúde aos seus empregados ou associados. Algumas pesquisas feitas com empresas de consultoria ou por agentes do mercado fornecem alguma indicações.

Uma estimativa da incidência de assistência médica empresarial pode ser obtida de dados de uma pesquisa sobre qualidade na indústria realizada em 1995, em âmbito nacional e abrangendo todas as atividades econômicas, pelo BNDS, Confederação Nacional da Indústria e Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE). A partir das respostas das 1.356 empresas que responderam a questionários enviados para 7.906 empresas, constatou-se que 54% das indústrias incluíam planos de saúde entre os benefícios concedidos aos trabalhadores. O número de empresas sem planos de saúde era mais freqüente entre as microempresas e as de pequeno e médio porte. Entretanto, considerando o número de empregados das empresas com planos, e a partir do suposto da pesquisa de que todos os trabalhadores das empresas que possuíam planos de saúde estariam cobertos, a cobertura era da ordem de 91%, sendo que 21% dos empregados de microempresas tinham plano, 53% das pequenas, 8% das médias e 96% dos localizados em grandes indústrias (*apud* Bahia, 1999).

Pesquisas anuais realizadas pelas empresas MW Consultores e Towers Perrin em amostra de empresas são também indicativas das modalidades de opções empresariais. Considerando o período de 1988/2002, essas pesquisas em amostras não representativas de menos de 300 empresas sugerem que os planos de pré-pagamento, contratados de operadoras comerciais, são predominantes desde os anos 80 em relação aos planos de autogestão geridos pela própria empresa (Tab. 2, Anexo)<sup>92</sup>. A terceirização da administração de planos próprios de empresas, embora seja minoritária, cresceu na década de 90, quando também houve crescimento significativo da contratação de seguradoras em detrimento da medicina de grupo e das cooperativas médicas (Tab. 3, Anexo). Esse crescimento expressa, em parte, o fato de as seguradoras terem entrado no mercado também na qualidade de administradoras de planos próprios das empresas, e não apenas como operadoras de planos.

Entretanto, se essas pesquisas sugerem que os planos de autogestão estejam presentes em uma proporção menor de empresas, eles concentram o maior número de beneficiários de planos coletivos, o que é justificado pela sua concentração em empresas estatais, de maior porte<sup>93</sup>. Pesquisa realizada em 1997 pelo CIEFAS (1997, *apud* Bahia, 1999), também em amostra de empresas, apontou maior número de sistemas de autogestão, em ordem decrescente, nas companhias de telecomunicação, bancos – principalmente estatais – e empresas públicas de energia e petróleo<sup>94</sup>.

Estimativas mais gerais produzidas pelas entidades representativas dos planos de autogestão apontam um crescimento de cobertura da ordem de 130% no período de 1987/2000, passando de 5,1 para 11,7 milhões de pessoas cobertas, em 300 organizações privadas e públicas (Tab.4, Anexo)<sup>95</sup>.

---

<sup>92</sup> Quando a empresa opta pela contratação de uma operadora comercial, a administração do plano é feita conjuntamente pela empresa empregadora e pela operadora, em um modelo de co-gestão, por meio do sistema de pré-pagamento, em que as empresas pagam antecipadamente um determinado valor por empregado ou dependente segurado, correspondente à modalidade de assistência contratada.

<sup>93</sup> De acordo com a pesquisa de 2001/2002 da Towers Perrin, a autogestão concentrava 48% das pessoas cobertas por planos empresariais; em segundo lugar, estavam as seguradoras, cobrindo 17% dos beneficiários de planos empresariais, seguidas pelas medicinas de grupo (13%) e, por último, as cooperativas médicas, com a menor cobertura de planos coletivos (9% dos beneficiários).

<sup>94</sup> Estimativas apresentadas por Luiz Carlos Andrea, presidente do CIEFAS, em audiência pública na Câmara dos Deputados, realizada em 19/11/1996, por ocasião da tramitação do projeto de lei regulamentando os planos e seguros de saúde, indicavam que os planos vinculados a instituições públicas correspondiam a cerca de 62% do total de autogestão.

<sup>95</sup> Esses números são bastante superiores aos registrados no Anuário Estatístico de Saúde (2001), cujos dados são retirados do cadastro da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Apesar de não serem baseados em estimativas, esses dados têm, contudo, dois vieses que podem justificar a grande diferença: em primeiro lugar, não é considerada a população coberta por planos próprios de instituições públicas e, em segundo, pode não incluir todas as empresas, pois o processo de cadastramento é recente e ainda não se completou. Como na sua origem mais remota a autogestão está ligada às instituições públicas, os dados

Os dados da PNAD/1998, que é o único *survey* divulgado que fornece informações sobre a cobertura pela assistência privada, mostraram que pouco mais de 22% dos usuários de planos privados de saúde no Brasil participavam de planos de instituições públicas. A esses se acrescentavam aproximadamente 40% de pessoas vinculadas a planos empresariais, de forma que pouco mais de 60% de todos beneficiários por planos de saúde privados estavam cobertos por planos coletivos. Mesmo sem permitir a discriminação do formato institucional do plano coletivo, os dados da PNAD/1998 confirmam a trajetória da assistência à saúde no Brasil. A atenção privada é praticamente uma extensão da lógica da assistência pública, criada como um benefício vinculado às relações de trabalho na perspectiva de uma cidadania regulada.

O mercado de planos individuais, livremente contratados por pessoas físicas ou famílias com organizações comerciais, foi ocupado inicialmente pelas cooperativas médicas desde os anos 60 e passou a atrair a medicina de grupo somente na década de 80. As seguradoras, pela sua própria natureza, começaram a atuar no ramo saúde para clientes individuais, via o sistema clássico de pagamento de despesas médicas no limite do valor das apólices, devendo, legalmente, ser diferenciadas pelo sistema de livre escolha do prestador de serviços.

De acordo com as estimativas elaboradas pela ABRAMGE<sup>96</sup>, no início da década de 70 o número de empresas de medicina de grupo alcançava no máximo uma centena, porém durante a década de 80 esse número cresce cerca de 200%, passando para 300 empresas em 1987, e continua a crescer na década de 90, embora nessa época isso não tenha sido acompanhado de crescimento correspondente no número de clientes, sejam empresas ou indivíduos (Tab. 4, Anexo). O número de empresas que contratavam a medicina de grupo para prover a assistência a seus empregados passou de menos de 3 mil na primeira metade da década de 70 para cerca de 10 mil na segunda metade da

---

da ANS ficam bastante prejudicados. Ainda hoje, os sistemas de autogestão considerados pelo setor como os três maiores são vinculados a instituições públicas: a GEAP-Fundação de Seguridade Social, com mais de 700 mil associados; a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), com 640.000 associados; e a Assistência Multidisciplinar de Saúde (AMS), da Petrobrás, com 380.000. Os dados do anuário Estatístico de Saúde, entretanto, registraram em dezembro de 2001 apenas 432 operadoras da modalidade de autogestão (16% do total), cobrindo apenas 3.934.010 pessoas (13,6% da cobertura de planos e seguros privados de saúde). Se considerarmos, contudo, as estimativas das entidades representativas dos vários segmentos, esse percentual é de 24,84% do total da cobertura, valor bem mais compatível com os dados da PNAD/1998.

<sup>96</sup> Os dados das entidades representativas das operadoras apresentam inconsistências e discrepâncias acentuadas, conforme o momento de sua produção. Na inexistência de outros, a alternativa é usá-los apenas de forma indicativa. Como os depoimentos de seus representantes, colhidos em entrevistas pessoais, ou as de publicações, confirmam as tendências registradas, eles são úteis nesse sentido.

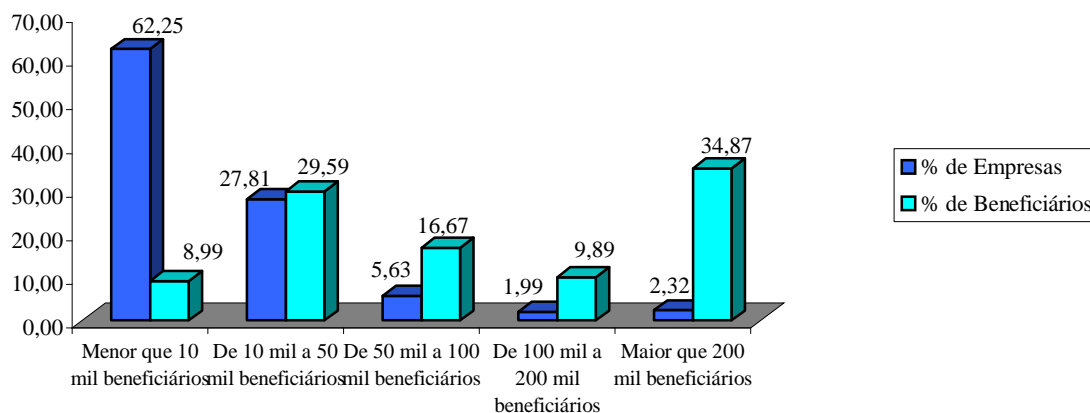
década seguinte, período em que se abriu o caminho para o desenvolvimento da medicina de grupo, independentemente dos subsídios da Previdência Social. Em um período de apenas dez anos (1977/87) o número de beneficiários teve uma ampliação superior a 100%, passando de 6 para 13 milhões, aproximadamente. No período de 1987 a 1994, o número de empresas clientes cresceu ainda mais de quatro vezes, embora o de pessoas cobertas tenha tido um crescimento relativamente bem mais tímido (cerca de 23%). A partir de meados da década de 90, o crescimento tanto de empresas contratantes quanto de beneficiários torna-se irrisório, embora ainda seja a modalidade de assistência privada que apresenta a maior cobertura no conjunto do país se consideramos as operadoras cadastradas pela ANS, ainda que entre as regiões essa situação não se reproduza (Tab. 5, Anexo).

Essas estimativas confirmam a afirmação de que a expansão da medicina de grupo foi alicerçada na assistência prestada pelas empresas aos seus empregados. O crescimento da clientela se deu a partir dos contratos com empresas empregadoras, situação que permanece ainda hoje, sendo que no período de 1998/2001 os beneficiários de planos empresariais representavam entre 75 e 80% do total das pessoas assistidas pelas empresas de medicina de grupo (ABRAMGE, 2002). Correlatamente, no máximo 25% eram beneficiários de planos assistenciais individualmente contratados, sem a intermediação de empresas empregadoras.

A expansão do número de empresas de medicina de grupo, inclusive em regiões de menor concentração de usuários, aponta para o crescimento desse segmento empresarial, indicando a grande competitividade prevalecente e a tendência para a proliferação de empresas de menor porte, isto é, com pequeno número de beneficiários e coberturas mais restritas quanto aos serviços oferecidos, conforme ilustra o gráfico 1. Apesar disso, o setor ainda é bastante concentrado, na medida em que pouco mais de 2% das empresas concentram cerca de 35% dos beneficiários. As maiores empresas se localizam em São Paulo e Rio de Janeiro e as menores proliferam em outras regiões, principalmente na Norte, e em cidades do interior, no movimento recente ligado à criação de grupos médicos em hospitais.



**GRÁFICO 1**  
**PROPORÇÃO DE EMPRESAS DE MEDICINA DE GRUPO POR PORTE E NÚMERO DE**  
**BENEFICIÁRIOS - BRASIL - 2002**



Fonte: ABRAMGE, 2001

Nota: as categorias foram transcritas da fonte.

É possível inferir que o crescimento de empresas que contratam a medicina de grupo, sem a ampliação dos usuários na mesma proporção, confirma a expansão dos planos empresariais para além do âmbito das grandes empresas, que marcou o seu surgimento, além de indicar redução ou, no mínimo, pequena ampliação dos postos de trabalho nas empresas em geral, característica da década de 90.

A distribuição da clientela da medicina de grupo é geograficamente bastante desigual e reflete a distribuição das empresas por porte e a expansão nas regiões mais desenvolvidas do ponto de vista econômico, além de, como informa a ABRAMGE, estar presente apenas nas cidades com mais de 40 mil habitantes. Na região Sudeste concentram-se aproximadamente 80% dos beneficiários e 65% das empresas de medicina de grupo, sendo mais da metade dos beneficiários e um terço das empresas apenas em São Paulo (Tab. 7, Anexo)<sup>97</sup>. Na região Norte, a inserção da medicina de grupo é bem pequena, congregando pouco mais de 1% dos beneficiários, embora com mais de 3% das empresas, apontando para a expansão recente de empresas de menor porte em busca de novos mercados. Pouco mais de 6% da população do país é coberta por planos de saúde comercializados pela medicina de grupo, sejam individualmente contratados ou coletivos, atingindo em São Paulo 16,5% da população (MS, 2001).

Tendo surgido posteriormente, a expansão das cooperativas médicas ocorreu após à da medicina de grupo, sendo maior no final da década de 80, a maioria sediada em

<sup>97</sup> Há pequena variação entre os dados da ABRAMGE e o cadastro da ANS, mas que apontam para proporções similares.

idades do interior de São Paulo<sup>98</sup>. Nos anos 90, a expansão das cooperativas foi relativamente bem maior do que a da medicina de grupo: ao passo que em 1987 seus beneficiários correspondiam a cerca de 25% dos da medicina de grupo, essa proporção atinge 61% em 1999, quando a estimativa de cobertura era de 11 milhões de pessoas (Tab. 4, Anexo)<sup>99</sup>.

De acordo com o MS, apesar de maior proporção de clientes de cooperativas médicas também se localizar na região Sudeste (63%, sendo 34,87% apenas em São Paulo – Tab. 5, Anexo), ela é bem menor do que no caso da medicina de grupo. Em geral, verifica-se maior dispersão territorial das cooperativas e dos seus beneficiários, embora não descaracterize a concentração acentuada nas regiões mais desenvolvidas, onde tendem a se concentrar tanto as empresas empregadoras de médio e grande porte, que constituem planos coletivos, quanto o maior nível de renda, que possibilita a contratação de planos de saúde individuais. Entretanto, as cooperativas apresentam uma tendência progressiva para se espalharem por todo o país. A partir de 1987, observam-se grande crescimento do número de cooperativas em Minas Gerais e o surgimento de novas cooperativas em vários estados da região Nordeste na década de 90<sup>100</sup>. A tendência de ampliação de pequenas cooperativas é similar à expansão de pequenas empresas de medicina de grupo mais dispersas territorialmente, apontando para a expansão de novos mercados para a assistência médica supletiva nos anos 90, ainda não suficiente para alterar o quadro de concentração nas regiões mais desenvolvidas. Como as cooperativas se organizam no nível municipal, estão presentes hoje em cerca de 75% dos municípios do país (UNIMED Brasil, 2002).

---

<sup>98</sup> Em 1969 existiam apenas 30 cooperativas; em 1977 esse número passa para 60, espalhadas por todo o país, embora a maioria no interior de São Paulo, possuindo apenas sete convênios com empresas; em 1987 o número de cooperativas já atingia 150, possuindo aproximadamente 3.500.000 clientes; em 1992 eram 221, e já então tinham como clientes 29.972 empresas e 7.000.000 beneficiários; em 1999 já eram 367 cooperativas, com 70.000 clientes empresas e 11.000.000 pessoas cobertas (Unimed e Abramge, *apud* Bahia, 1999:194-196). Como a autora chama atenção, há variações nesses números de acordo com diferentes documentos da própria Unimed, devendo, portanto, ser considerados como aproximações.

<sup>99</sup> Insisto que os dados são estimativas. Além disso, a Unimed não costuma fornecer os dados relativos aos seus beneficiários distinguindo os que o são individualmente ou via empresas empregadoras ou entidades de classe, o que não permite mensurar a forma principal de seu crescimento – se via planos coletivos ou individuais.

<sup>100</sup> Em 1987 São Paulo concentrava cerca de 31% das cooperativas, proporção que se reduz para 23% em 1992 e para 20% em 1998. Por sua vez, as cooperativas de Minas Gerais passam de 12,50 em 1987 para 19,17% do total em 1998, situando-se apenas depois de São Paulo. O número de cooperativas da região Nordeste, que em 1987 era de apenas 25, passa para 67 em 1998, com um crescimento de 168% e com a criação de cooperativas em vários novos estados, proporção que é superior ao crescimento total verificado para o país que foi de 156%. Isso se reflete no declínio relativo do número de cooperativas na região Sul onde em 1987 se localizavam 57% do total e em 1998 reduz essa proporção para apenas 41% (Bahia, 1999).

A terceira modalidade de comercialização da assistência supletiva é a dos seguros de saúde e seguros de assistência médica e ou hospitalar. A comercialização de seguros saúde atingiu em 1995 cerca de 15,3% do total de prêmios de seguro, superado em 1997 apenas pelo seguros de automóvel. Em 2001, o ramo saúde já constituía cerca de 27% do total da receita líquida de todos os prêmios, embora tenha ocorrido no período de 2000/2001 uma redução no volume de contratos de seguros, passando de 8,2 para 7% do total ( FENASEG, 2001). Em 1998, do total de 137 seguradoras atuando no Brasil 40 atuavam no ramo saúde. No período de dez anos (1987/97), o número de clientes das seguradoras no ramo saúde aumentou mais de seis vezes, ao passo que no mesmo período os clientes do conjunto de empresas de saúde não chegou nem a duplicar (Bahia, 1999, Tab. 4, Anexo). Esses clientes se encontravam bastante concentrados, sendo que apenas duas seguradoras eram responsáveis por mais de 60% do volume de prêmios no ramo. Em 1998, o faturamento das seguradoras já foi similar ao das outras empresas de saúde, tendo atingido 3,5 bilhões de dólares, embora o crescimento relativo tenha sido bastante superior (Tab. 9, Anexo). Atualmente, existem 41 seguradoras atuando no ramo saúde, a grande maioria (36) na região Sudeste, concentradas em São Paulo e Rio de Janeiro. Apesar de sua atuação ser bem mais recente, sua cobertura já atinge 19,4% do total da assistência privada, um pouco mais da metade da cobertura da medicina de grupo, a pioneira no mercado privado de planos de saúde (Ministério da Saúde, 2001. Tab. 5, Anexo)<sup>101</sup>. Sua expansão mais recente tem ocorrido a partir da competição pelo mercado de planos coletivos, após constatação da limitação do mercado brasileiro de planos individuais, em função do baixo poder aquisitivo da maioria da população e dos altos preços praticados pelas seguradoras. Na captação da

---

<sup>101</sup> Essa proporção foi calculada a partir dos dados do cadastro da ANS publicados no Anuário Estatístico de Saúde do Brasil 2001, que apresenta diferenças grandes em relação às informações fornecidas pelas entidades representativas da medicina de grupo e das cooperativas, relativas às coberturas respectivas. De acordo com suas estimativas, a cobertura informada pela ANS corresponde apenas a aproximadamente 59% e 66%, respectivamente, da cobertura atual da medicina de grupo e das cooperativas médicas. Isso se explica pelo fato de o cadastro da ANS ainda não estar completo, considerando sua atuação relativamente recente, o que pode ser comprovado pelos dados da PNAD/1998, que apontaram como beneficiários de planos de saúde 24,5% da população brasileira, sendo que pelo cadastro esse percentual é de apenas 16,7% em 2001. Dados mais recentes da própria ANS apontam um crescimento do número de beneficiários cadastrados de 26% no período de dezembro/2000 a outubro/2002. Embora os dados do Anuário sejam declarados como de 2001, ao que parece são de 2000, comparados com os dados disponíveis no portal da ANS, não discriminados por tipo de operadora. A comparação entre os dados da ANS e os das entidades representativas dos segmentos da assistência supletiva estão no quadro 1, no final deste capítulo. Percebe-se que os dados das seguradoras são os que mais se aproximam dos dados da ANS, o que se justifica, uma vez que esse segmento já era anteriormente regulado pela SUSEP, sendo que os demais apenas recentemente estão obrigados a prestar contas para a ANS .

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.

### 3.4.2 Diferenças e semelhanças na assistência prestada, custos e faturamento

As coberturas dos planos de saúde na modalidade de autogestão são, em geral, bastante amplas e sem limitações de patologias ou em função de idade; tendem a ser iguais para todos os níveis hierárquicos da empresa, embora ocorram diferenciações em alguns casos; e cobrem maior número de membros da família do empregado<sup>102</sup>. Diferentemente, no caso das empresas que mantêm assistência médica para seus empregados mediante a contratação de operadoras comerciais costuma ocorrer segmentação de cobertura por nível hierárquico, ou seja, cobertura maior, melhores acomodações, maior disponibilidade de prestadores e valores de remuneração mais altos, em função da posição ocupada na hierarquia da empresa. As pesquisas anuais da Towers e Perrin em amostra de empresas, apesar de não permitirem discriminar a segmentação por modalidade institucional do plano coletivo, são sugestivas: embora cerca de 45% das pessoas fossem cobertas por planos do tipo “básico” e 14% pelo padrão “executivo” (Pesquisa 2001/2002), a proporção de cada plano variava diretamente em relação com o nível hierárquico do empregado<sup>103</sup>. A legislação regulamentadora no final dos anos 90 coibiu as limitações quanto à cobertura, levando a certa uniformização quanto aos procedimentos básicos a serem cobertos pelos planos de saúde em suas diferentes modalidades. Entretanto, permanecem diferenciações quanto aos padrões de conforto, opções de prestadores e cobertura de procedimentos não obrigatórios de acordo com a legislação.

---

<sup>102</sup> As pesquisas do CIEFAS são a única fonte de dados disponível relativas exclusivamente a planos de autogestão. De acordo com a última pesquisa divulgada (2000) em sistemas de autogestão, 21,1% das empresas pesquisadas admitiam como beneficiários parentes de até 2º grau e 26,3% até de 3º grau; apenas 52,6% admitiam somente do 1º grau de parentesco. Mais da metade das empresas (55%) oferecia acomodação para internação hospitalar tanto do tipo enfermaria quanto apartamento; 40% garantiam apenas acomodações de padrão superior (apartamento); e uma minoria, apenas enfermaria (5%). Além disso, a maioria oferecia benefícios não previstos na legislação, como assistência farmacêutica, aparelhos ortopédicos, ótica, psicoterapia, além de vários tipos de transplantes.

<sup>103</sup> Na pesquisa para 1999/2000, no nível de diretoria, 86% eram cobertos por plano executivo; no nível de gerência esse percentual baixava para 58%; para administrativos e operacionais, para 7 e 3%, respectivamente. Na sua grande maioria, os empregados operacionais e administrativos eram cobertos por planos do tipo básico (73 e 80%, respectivamente).

O financiamento dos planos de autogestão, na maioria dos casos, é feito pela organização mantenedora e pelos beneficiários em regime de co-participação. Algumas empresas financiam totalmente a assistência, ao passo que em outros planos ela é custeada totalmente pelo usuário<sup>104</sup>. Em geral, a contribuição é proporcional à remuneração do trabalhador, o que lhes confere um caráter redistributivo, na medida em que se baseia em uma lógica solidarista. Ao contrário, os produtos comercializados pelas operadoras do mercado são planos de pré-pagamento, em que o cliente – empresa, indivíduo ou associação profissional – paga um valor mensal *per capita*, que varia de acordo com a modalidade da assistência oferecida. As coberturas são, em geral, mais restritas do que as dos planos de autogestão. As da medicina de grupo são inferiores às providas pelas seguradoras nos aspectos de acesso a provedores, cobertura de procedimentos e menor amplitude de dependentes, o que tem como contrapartida menor preço. A livre escolha do prestador de serviços costuma ser a modalidade mais valorizada e também mais cara, e é marca do seguro-saúde, bastante descaracterizada após a permissão para o referenciamento de prestadores. Essa possibilidade não é oferecida nem pela medicina de grupo nem pelas cooperativas. Nos planos coletivos em que os clientes são empresas os contratos são mais amplos, atendem quase todos tipos de patologia (isso acontecia mesmo antes da regulamentação) e não existe prazo de carência nem diferenciação por faixa etária. Ao contrário, nos contratos individuais, em que as coberturas são variáveis, existem carências, restrições e preços diferenciados por faixa etária. Para diminuir custos, a medicina de grupo investe em medicina preventiva, aliando a lógica social à lógica econômica<sup>105</sup>.

A diferenciação nas características dos planos se reflete no custo, que apresenta grandes variações entre os planos coletivos. O custo mais alto costuma ser o das seguradoras e o mais baixo o dos planos de autogestão, o que se justifica por não terem finalidade lucrativa. Os planos de operadoras comerciais voltados para as clientelas individuais são mais caros do que os coletivos<sup>106</sup>. Em cada modalidade de operadora, os

---

<sup>104</sup> De acordo com a pesquisa de 2000 do CIEFAS, 80,7% dos planos de autogestão tinham os custos financiados pelo sistema de co-participação; 14,5% eram custeados totalmente pelo beneficiário e em apenas 4,8%, as patrocinadoras pagavam integralmente os custos. Em 34,5% dos casos, a contribuição dos beneficiários era pelo regime de pós-pagamento; em 18,2%, pelo regime de pré-pagamento; e em 47,3%, por ambos.

<sup>105</sup> Essa afirmação foi feita pelo presidente da ABRAMGE, em Audiência Pública na Câmara do Deputados, em 09/10/1996.

<sup>106</sup> Os dados disponíveis pelas pesquisas em amostras de empresas da Towers e Perrin apresentam variações no *ranking* das operadoras, mas tendem a confirmar o maior custo das seguradoras e o menor da autogestão no âmbito dos planos coletivos, que são os de menor custo. Na última pesquisa (2001/2002) o custo bruto dos planos empresariais variava de R\$ 52,06 a R\$120,51 e o custo líquido, de R\$41,19 a

custos variam também em função das características do plano, sendo que um plano executivo pode ser até cinco vezes mais caro do que um plano de padrão básico<sup>107</sup>. As pesquisas da Towers e Perrin sugerem também que a participação da empresas no custo dos planos de saúde de seus empregados, considerando o conjunto de modalidades (autogestão ou contratados de operadoras comerciais) varia de acordo com o padrão do plano. Embora a participação da empresa empregadora nas empresas pesquisadas seja maior para os planos de padrão básico, ela é, em média, bem alta para os de padrão executivo – o mais caro de todos – e para os padrões intermediários a participação da empresa no custo é bem menor<sup>108</sup>. O custo dos planos coletivos em relação à folha de pagamento mostra-se bastante variado na amostra de empresas. Embora na maioria o custo com assistência à saúde corresponda a no máximo a 7% da folha, é possível atingir mais do que 10% (Towers Perrin, 2001/2002). Esses dados sugerem que as empresas subsidiam mais os planos voltados para os empregados situados nos dois extremos da hierarquia ocupacional. Considerando que os planos de padrão executivo são bem mais caros, é possível inferir que esses onerem bastante os custos da empresa com esse benefício, embora sejam destinados a um número reduzido de empregados. Como a legislação permite que todos os gastos com assistência médica, sem distinção do padrão ou sem limite do valor, sejam computados como despesa operacional e, portanto, deduzidos da renda tributável para efeitos de pagamento do imposto sobre a renda de pessoas jurídicas, o subsídio a plano de saúde para as pessoas com maiores

---

R\$105, 67.A pesquisa CIEFAS 2000 apontou como valor mais comum para os planos de autogestão o custo *per capita*, entre R75,00 a 90,00. Pesquisa realizada por Bahia em algumas empresas de medicina de grupo em 1998 mostrou que os preços dos planos comercializados oscilavam de R\$29,70 a R\$472,58, variando em função da faixa etária e característica do plano (básico ou especial), mas apresentando variações de valor intra-operadoras (medicina de grupo, cooperativa médica ou seguradora) de até 220% na mesma categoria e faixa etária. De acordo com a ABRAMGE, em 2000 o custo médio dos planos empresariais contratados com a medicina de grupo foi de R\$25,59 per capita/mês, existindo planos mais caros, dependendo do tipo de atendimento contratado com a medicina de grupo. Mas, de qualquer forma, bem mais baixo do que o custo dos planos individuais, incluídos na pesquisa de Bahia.

<sup>107</sup> Um plano executivo com seguro saúde de livre escolha podia ser mais de cinco vezes mais caro do que um plano básico da mesma operadora, segundo pesquisa da Towers Perrin de 1997. Mesmo no âmbito da autogestão, os planos executivos com livre escolha podiam ter custos mais de três vezes superiores do que o plano de padrão básico, embora essa modalidade tenda a ter menor diferenciação de preços e tipos de planos. Na pesquisa de 1999/2000 também a autogestão apresentou a menor variação de custo entre os diversos padrões de plano, e a variação maior se deu nos planos segurados com empresas de medicina de grupo. Entre as operadoras comerciais, as cooperativas médicas apresentaram menores diferenciações entre os preços de acordo com o padrão do plano, mas na de 1999/2000 essa variação era equivalente à encontrada nas seguradoras. Como a amostra de empresas pesquisadas não é necessariamente representativa, não é possível considerar esses dados como expressão da realidade. São apenas sugestivos da variação de preço de acordo com o padrão do plano e do custo menor da autogestão. A última pesquisa não apresentou dados relativos à diferenciação do custo mensal de acordo com o padrão do plano.

<sup>108</sup> Entre as 222 empresas pesquisadas pela Towers Perrin em 2001/2002, a participação média da empresa no financiamento dos planos de padrão básico era de 86%. Nos planos intermediário e superior era de apenas 78%, contra 80% no plano executivo.

níveis salariais aponta para o caráter iníquo desse benefício tributário. Para esse grupo restrito de empregados é que as empresas encontrariam hoje maiores incentivos para gastos em saúde com o objetivo de atrair e ou fixar um contingente de empregados de maior importância do ponto de vista estrito da ampliação da competitividade em um mundo globalizado. O gasto governamental sob a forma de renúncia tributária funcionária, nesse caso, como mais um fator para agravar a iniquidade da prestação da assistência médica no país.

As diferentes formas de organização dos serviços de saúde, contemplando os planos coletivos ou individuais, pelo sistema de autogestão ou mediante a contratação de operadoras comerciais de diferentes modalidades, compartilham praticamente os mesmos prestadores de serviços para a concretização da assistência. A contratação de médicos e instituições de saúde revela-se como a forma predominante para o fornecimento dos serviços, podendo conviver, em alguns casos, com a prestação de serviços diretamente pelas empresas que gerenciam serviços próprios de saúde ou pela medicina de grupo, embora em escala reduzida (Quadro 1). A ampliação da demanda, principalmente a partir dos anos 80, promoveu a organização de redes credenciadas enquanto provedores das empresas empregadoras e das operadoras comerciais da assistência supletiva.

A assistência à saúde no modelo de autogestão pode ser prestada por meio do credenciamento de provedores de serviços, por serviços próprios, pelo sistema de livre escolha ou pela combinação dessas alternativas. A forma mais utilizada é o credenciamento de profissionais e instituições de saúde, remunerados de acordo com tabelas de preços previamente acordadas. Embora de forma minoritária, as empresas podem contar com serviços próprios, em geral de nível ambulatorial. No caso de livre escolha, é feito o reembolso de gastos após a utilização de profissionais e serviços disponíveis no mercado, no limite das tabelas. A última pesquisa do CIEFAS (2000) apontou que o credenciamento era a forma utilizada por quase todos os planos, exceto para cerca de 1%, em que se utilizavam apenas os serviços próprios. A combinação de credenciamento com livre escolha era a opção adotada pela maioria das empresas pesquisadas (52,6%) e a opção da livre escolha estava presente em cerca de 64% delas<sup>109</sup>.

---

<sup>109</sup> A pesquisa CIEFAS/2000 mostrou que a prestação de serviços exclusivamente por credenciamento era a opção para 35% das empresas; a combinação credenciamento/livre-escolha, em 45%.

A estrutura de atendimento da medicina de grupo compõe-se de serviços próprios e credenciados, esses progressivamente predominantes. Em 1988, cerca de 64% das empresas de medicina de grupo contratavam serviços e apenas 36% tinham serviços próprios. Atualmente, a rede própria de serviços é extremamente reduzida em relação à credenciada. Em 2001, para 250 hospitais próprios a medicina de grupo contava com 3.860 hospitais credenciados em todo o país, possuindo 23.500 leitos próprios e 354.000 credenciados disponíveis. Os médicos credenciados correspondiam a mais de 80% do total de integrantes da rede de atendimento (ABRAMGE, 2002).

As cooperativas médicas prestam serviços ambulatoriais utilizando os consultórios de seus cooperados (95.968, em 2002) e credenciam outros prestadores de serviços (hospitais, laboratórios, centros de diagnose), contando também com uma pequena rede de serviços próprios (Quadro 1).

Essas diferentes combinações garantem um mercado consumidor de serviços de saúde que se apóia em uma rede privada de serviços de saúde que vende serviços para diferentes clientes: empresas (diretamente), medicina de grupo, cooperativas médicas, seguradoras ou consumidores individuais, além da clientela dos serviços de saúde públicos, uma vez que, em grande parte, a assistência pública, particularmente a hospitalar, é dependente dos prestadores privados, dos quais também compra serviços. Entretanto, embora o prestador, médico ou hospital, possa ser o mesmo, convivem no mesmo espaço tabelas de remuneração e modalidades de cobertura diferenciadas, que se traduzem em tratamento também diferenciado, dependendo da forma de acesso do cliente.

Um indicador dos interesses econômicos constituídos ao longo da trajetória da assistência médica supletiva é a evolução do seu faturamento, que expressa o volume de recursos movimentados. À época de elaboração da Constituição brasileira, quando foi criado formalmente um sistema de saúde público universal, o faturamento do conjunto dos segmentos que compõem a assistência privada já era próximo de 2 bilhões de dólares. Ao final da década de 90, período de implantação do sistema público, o faturamento já atingira aproximadamente 14 bilhões, acusando crescimento superior a 300% no período de implantação do SUS (Tab. 9, Anexo). Atualmente, o faturamento apenas das operadoras comerciais de planos de saúde, excluindo-se a autogestão, equivale a dois terços da execução orçamentária do Ministério da Saúde, a qual atingiu em 2001 cerca de 26 bilhões de reais, enquanto a movimentação financeira da medicina de grupo, cooperativas médicas e seguradoras ficou em torno de 17 bilhões. Isso faz



com que a assistência à saúde supletiva se configure como uma atividade econômica relevante e extremamente competitiva, em torno da qual gravitam diversos interesses, entre eles os relativos às operadoras de planos de saúde; aos prestadores de serviços – profissionais de saúde, instituições hospitalares e clínicas –, às empresas empregadoras e aos usuários.

Todos esses agentes se relacionam com o setor público de diferentes maneiras, a partir não apenas da necessidade de enquadramento legal, mas dos diferentes vasos comunicantes que se estabelecem entre a assistência pública e a privada. Para mencionar apenas alguns, cabe lembrar que importantes organizações públicas mantêm alguns dos principais sistemas de autogestão, sendo que o maior deles tem como beneficiários os funcionários do Ministério da Saúde. Em segundo lugar, ambos os sistemas são alicerçados, em grande parte, sobre a mesma rede privada prestadora de serviços, cuja fonte de recursos provem tanto do setor público quanto do privado.

Outra modalidade de articulação compreende as formas privilegiadas de acesso ao sistema público pelos usuários de planos privados que transitam de um sistema para outro sempre que o sistema público ofereça vantagens comparativas, principalmente para as operadoras de planos, que em muitos casos transferem seus clientes para o sistema público quando os procedimentos médicos necessários são mais onerosos. A convivência de atendimentos diversificados em função da vinculação a formas diversas de assistência no âmbito da mesma rede prestadora favorece também a “dupla cobrança”, ou seja, do SUS e do plano privado, por parte do prestador. Esse trânsito é favorecido pelo fato de também os profissionais médicos, na maior parte das vezes, terem vários vínculos profissionais, podendo ser tanto empresários do setor (donos de hospitais ou de operadoras), funcionários públicos ou conveniados às várias modalidades de operadoras de planos de saúde. A universalização formal da assistência pública com a dualidade real da assistência favorece essas articulações perversas, que, por um lado, favorecem os cidadãos que têm a dupla cobertura, e por isso mesmo costumam ter acesso privilegiado ao sistema público, e, por outro, faz recair sobre o SUS o ônus pela assistência de maior custo, cuja contrapartida lógica é a inviabilização da ampliação do acesso ao sistema público para os mais pobres, que costuma ser defendido por muitos dos agentes do mercado. O resultado é o aprofundamento da desigualdade de acesso.

### 3.5 As entidades de representação de interesses

A descrição dos diversos segmentos que compõem a assistência à saúde supletiva evidencia a constituição de um conjunto de agentes – públicos e privados – de natureza complexa e heterogênea. Apesar de, na prática, a partir dos anos 90, a assistência prestada de forma privada tenha se tornado semelhante em muitos aspectos, em decorrência da interpenetração dos diversos segmentos, lucrativos ou não, como qualquer outro mercado, a competição e a busca da defesa dos próprios interesses caracterizam a assistência supletiva. De origem diferenciada, os diversos segmentos constituíram entidades representativas de seus interesses, cujo surgimento em momentos históricos distintos reflete os principais embates ou interlocutores com os quais tinham que se confrontar na tentativa de influenciar o processo decisório, tanto no âmbito governamental quanto privado.

Na condição de pioneira no mercado de assistência à saúde de caráter lucrativo, a medicina de grupo precocemente organizou entidades representativas para defender seus interesses. Já em 1966, foi criada a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE). Posteriormente, em 1987, criou-se o Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (SINAMGE) e, em fevereiro de 1990, o Conselho Nacional de Auto-Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo (CONAMGE). As três entidades formam o “Sistema ABRAMGE/SINAMGE/CONAMGE”, com sede em São Paulo.

Os objetivos da criação da ABRAMGE, ainda no início da constituição dos grupos médicos, explicitamente eram: organizar, regular e defender as empresas privadas que já estivessem atuando ou que viessem a se organizar; e propagar e incentivar o desenvolvimento da atividade. Sua criação se deu em São Paulo, berço dos grupos médicos, e coincide com o estabelecimento dos primeiros convênios da Previdência Social com as empresas para a prestação de assistência. Desde a criação, a principal atuação da ABRAMGE foi como interlocutora dos grupos médicos perante as autoridades governamentais. A criação do CONAMGE teve como objetivo auto-regulamentar a atividade da medicina de grupo, como reação à disposição governamental de regulamentar o mercado de assistência supletiva. Após a efetiva regulamentação governamental, essa entidade perdeu a sua finalidade original.

As cooperativas médicas foram a segunda modalidade a se organizar, ainda na década de 70. Embora usem a mesma logomarca, as cooperativas são independentes

umas das outras e organizadas no nível dos municípios, constituindo as Unimed singulares. Nos anos 70, foram organizadas as Federações Estaduais, reunindo as singulares respectivas, e em 1975 foi criada a UNIMED do Brasil, como uma Confederação Nacional reunindo as Federações, com o objetivo de integrar, orientar e coordenar as atividades do Sistema Unimed, além de constituir-se em um espaço para difundir as idéias sobre o cooperativismo médico (Unimed, 2002).

Nos anos 80, foi a vez dos sistemas de autogestão cuja primeira entidade representativa foi a Associação de Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas (ASASPE), criada em São Paulo em 1980<sup>110</sup>. Durante essa década, foram criadas entidades similares, adotando o mesmo nome, nos estados de Minas Gerais, Ceará e Espírito Santo. Em 1984, foi fundada a Associação Brasileira de Serviços Próprios de Saúde de Empresas (ABRASPE), com o objetivo de integrar as entidades estaduais, com as características de uma federação das ASASPEs, mas que não deu resultado, sendo fundida em 1995 com a ASASPE de São Paulo<sup>111</sup>. A ABRASPE congregava entidades de empresas públicas e privadas até 1990, quando foi criado o Comitê de Integração das Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS), com a pretensão de representar as empresas estatais e públicas, as entidades sindicais, as caixas e as fundações formadas por funcionários públicos federais, constituindo, desde sua origem, como uma entidade de representação nacional. Com o esvaziamento da ABRASPE, gradativamente o CIEFAS foi absorvendo também a representação dos sistemas de autogestão de empresas privadas ao longo dos anos 90, agregando, em 2000, 140 organizações, entre públicas e privadas (CIEFAS, 2000). O objetivo principal da criação dessas entidades foi representar os interesses da autogestão diante das instâncias governamentais, mas principalmente das entidades de classe da área da saúde, dos representantes dos prestadores de serviços, como as associações médicas e de hospitais, e do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. A meta básica consistia em uniformizar os procedimentos e a atuação perante os prestadores, particularmente quanto à padronização das tabelas de preços dos serviços médicos. Em função das origens diferentes, as duas entidades tinham perspectivas bastante distintas em relação à

---

<sup>110</sup> “O termo ‘serviços próprios de empresas’ era usado pelo governo na época para caracterizar as empresas que ofereciam planos de saúde a seus empregados e que, por isso, podiam fazer algumas deduções do recolhimento à Previdência Social” (CIEFAS, 2000:49).

<sup>111</sup> A ABRASPE permanece hoje como uma entidade que agrega sistemas de autogestão de empresas privadas do estado de São Paulo, equivalendo a uma ASASPE. Outras entidades regionais foram criadas nos anos 80 em Pernambuco, Paraná e Bahia, cuja maioria das empresas filiadas foi incorporada ao CIEFAS após sua criação.

assistência que traduziam as diferenças entre organizações públicas e privadas<sup>112</sup>. As ações principais dessas entidades são dirigidas para as negociações com os prestadores de serviço, buscando principalmente a redução de preços. Mas em função das condutas diferenciadas, essa ação conjunta se viu, muitas vezes, obstaculizada.

A criação do CIEFAS coincide com a deflagração de séria crise entre prestadores e sistemas privados de saúde em torno principalmente da questão dos valores pagos. Até então, para pagamentos dos serviços vinham sendo adotados os critérios de remuneração definidos pela AMB, situação que passou a ser questionada a partir de meados da década de 90 nas negociações com os provedores, em uma conjuntura em que as empresas se viam obrigadas a grandes contenções de custos<sup>113</sup>. O primeiro resultado da atuação conjunta foi em 1993, quando o CIEFAS conseguiu um acordo com a AMB para a produção de uma tabela de honorários consensual. Ao mesmo tempo em que ampliava sua atuação perante os prestadores, o CIEFAS passou a participar das discussões governamentais relativas à saúde suplementar. A organização dos sistemas de autogestão conseguiu enfraquecer os prestadores de serviços, particularmente no esvaziamento da força da tabela da AMB, cuja pretendida obrigatoriedade de utilização passou a ser considerada pelo governo como tentativa de formação de cartel. A partir dessa interpretação, que resultou na sua proibição, a tabela passou a ser apenas um referencial de preços, situação que fortaleceu os compradores de serviços, que passaram a negociar tabelas próprias<sup>114</sup>.

Mais recentemente, deu-se a unificação das entidades representativas da autogestão, com a criação, em novembro de 2002, da *Unidas – União Nacional das Instituições de*

---

<sup>112</sup> “A maneira de fazer pública e a maneira de fazer privada são completamente diferentes. Por exemplo: na hora de negociar, o CIEFAS tinha uma tabela de taxas que chegou a ter 70 taxas além da tabela da ASASPE. Além de pagar mais, o CIEFAS tinha muito mais dificuldades de cortar coisas ou prestadores” (entrevista com Virgílio Baião, presidente da ASASPE/MG, em julho/2002).

<sup>113</sup> “As oscilações da política governamental, crise econômica, inflação galopante, arrocho salarial e ‘enxugamento’ de gastos públicos das estatais eram preocupações que agitavam grande parte do segmento da auto-gestão em saúde, pressionando não só pela caótica realidade como pela organização e pressão de empregados e funcionários” (CIEFAS, 200:53-54).

<sup>114</sup> Atualmente tramita na Câmara dos Deputados um projeto de lei que “autoriza as entidades representativas dos profissionais de saúde a elaborarem tabela de referência que uma vez aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde passam a servir como base de negociação de honorários” (entrevista com o deputado federal Rafael Guerra em maio de 2002). De acordo com esse deputado, após ter sido aprovada na Comissão de Seguridade Social e Família, o projeto foi encaminhado para a Comissão de Economia, onde o *lobby* das seguradoras e dos planos de saúde é mais forte, e aí o projeto se encontra parado. Essa proposta do deputado, juntamente com outra de sugerir ao MS a autorização de pagamento de complementação de honorários em caso de utilização de acomodações especiais nas internações, sugere a retomada da situação vigente na década de 80, que favorecia os profissionais e os incentivava a atender os clientes do SUS, na medida em que tinham seus honorários majorados, e ainda tendo como referência a tabela da AMB.

*Autogestão em Saúde*, resultado da união do CIEFAS e da ABRASPE. A Unidas representa 150 organizações, públicas e privadas, que cobrem cerca de cinco milhões de assistidos e cujo desafio principal é conseguir tratamento diferenciado para o segmento da autogestão na regulamentação governamental.

Os órgãos de representação das seguradoras são a Federação Nacional das Seguradoras (FENASEG), criada em 1951 e reconhecida oficialmente em 1953, e a Comissão Técnica de Seguro Saúde, de 1969. Apesar de sua atuação relativamente recente no ramo saúde, a entidade já tem larga experiência de organização e de atuação perante o Poder Público, tanto no âmbito do Executivo federal quanto no Legislativo, com uma ação direcionada a diminuir o escopo da ação governamental. Entre seus objetivos, recentemente traçados, estão a “ampliação do espaço de atuação política, de modo mais efetivo junto ao Poder Público, visando à redução da presença do Estado no mercado, a desregulamentação, a autonomia do setor, a efetiva quebra de monopólios ...” (FENASEG, 2002).

Pelo lado dos prestadores de serviço, cabe destacar a representação dos hospitais, que, como a ABRAMGE, tem sua origem estreitamente ligada às políticas públicas. Concomitantemente à expansão da assistência médica previdenciária, em 1966, mesmo ano de criação da representação da medicina de grupo, foi criada a Federação Brasileira dos Hospitais Credenciados pela Previdência Social, que se transformaria na Federação Brasileira dos Hospitais (FBH). O nome originário por si só já demonstra a relação com a Previdência Social, maior compradora dos serviços hospitalares e por intermédio da qual a política de assistência garantiu a expansão do mercado para serviços hospitalares. Essa marca de origem aponta os objetivos da entidade, que busca desde sua criação influenciar a política de assistência médica e, principalmente, o valor pago aos serviços hospitalares pelo sistema público de saúde, ainda hoje o principal comprador desses serviços. Atualmente (2003), possui doze entidades federadas, correspondentes à Associações de Hospitais de Estados. No Legislativo, sua atuação se faz principalmente na Comissão de Seguridade Social e Família e diretamente com os parlamentares, contando com uma assessoria parlamentar para o acompanhamento de projetos no Congresso Nacional. No Executivo, tem acesso ao ministro da Saúde a assento no Conselho Nacional de Saúde. Apesar de assumir uma postura liberal, antiestatização da saúde, reconhece que o sistema público é o maior financiador de saúde no país, além de ser a principal porta de entrada para os hospitais. Para barganhar maior remuneração para os serviços hospitalares, utiliza como argumento o direito constitucional de acesso

a serviços de saúde, para cuja garantia o papel do setor privado é fundamental. Diante da insatisfação com valores e prazos de pagamento, os hospitais costumam utilizar-se do expediente de paralisação do atendimento à clientela do SUS, além do recurso a ações judiciais, visando receber valores maiores pelos serviços prestados ao sistema público. Na análise deste segmento, o sucateamento da assistência pública é decorrência dos baixos valores das tabelas de remuneração de procedimentos adotada pelo SUS para pagamento da rede médico-hospitalar, imputando a necessidade de reajustes à necessidade de transformar o contexto de saúde da população<sup>115</sup>. A insatisfação com a remuneração, muitas vezes, conduz a acirramentos na relação governo/prestadores de serviços, particularmente com o governo federal, a quem cabe a definição da tabela de pagamento. Atualmente, as principais reivindicações dos hospitais frente ao SUS, além dos valores dos procedimentos, são: reorganização de uma política para o setor, o que inclui linhas de financiamento especiais para os hospitais; definição de regras do relacionamento jurídico entre comprador e prestador de serviço; tratamento igualitário entre o segmento filantrópico e o lucrativo (denominado pela FBH como privado); implantação de mesa de negociações permanentes no âmbito do MS, com a participação da FBH; e, ainda, a sugestão de alteração do princípio da gratuidade do SUS mediante a cobrança complementar ao usuário<sup>116</sup>. A relação com os segmentos da assistência supletiva é, no mesmo sentido, a de negociar preços para os serviços prestados, sendo que a organização posterior de entidades representativas dos segmentos privados compradores de serviços se deu principalmente em função da necessidade de negociar preços de forma conjunta com os prestadores. A pressão por rebaixamento dos valores de remuneração dos serviços hospitalares por parte dos diversos segmentos da assistência à saúde supletiva tem forçado os hospitais a buscarem rebaixamento de custos em um mercado que sofre limitações na capacidade de expansão da remuneração. Como alternativa, tanto ao sistema público quanto aos planos de saúde, a Federação de

---

<sup>115</sup> De acordo com matéria publicada no Jornal FBH (ano 2, nº 15, dezembro/2000/janeiro/2001): “Números e percentuais, porém, bem como informações sobre reajustes concedidos ou não, variam conforme o interlocutor. Segundo a FBH, a defasagem, que começou com a implantação do Real em 1994, já passa de 100%. O FIPE Saúde mostra que entre julho de 1994 e maio 1999, os custos na área aumentaram em 109%. Nesse mesmo período, entretanto, foi dado um reajuste de somente 25%. A diferença observada representa quase 90% em desfavor da rede”.

<sup>116</sup> Literalmente assim se expressou o presidente da FBH em ofício encaminhado ao secretário executivo do MS em fevereiro de 2001, no bojo de uma crise entre os hospitais e o ministro da Saúde, José Serra, que, em declaração pública, taxara de “malandros” os portadores das reivindicações dos hospitais por aumentos nas tabelas: “Não se trata aqui de um *ultimatum*, posto que saberemos continuar parceiros se o Ministério da Saúde admitir que não dispõe de orçamento para garantir a gratuidade do atendimento a toda a população e souber reconhecer nossas dificuldades, auxiliando na mobilização positiva da sociedade para a busca de fontes alternativas de recursos, inclusive com a reintrodução da cobrança complementar mediante regras claras” (Jornal FBH, ano 2, nº 15, dezembro/2000/janeiro/2001).

Hospitais vem se organizando no sentido de criar um Fundo Mútuo de Assistência à Saúde, buscando captar uma clientela do SUS diretamente para os hospitais privados.

Entre os prestadores de serviço é a categoria médica que tem a mais longa experiência de organização, embora sua representação se pulverize em diferentes instituições, como a Associação Médica Brasileira (AMB), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e os sindicatos, reunidos na Federação Nacional dos Médicos (FENAM) e na Confederação Médica Brasileira (CMB). Criada na década de 50, assim como os Conselhos Regionais de Medicina, a Associação Médica Brasileira (AMB) aumentou sua presença política a partir de 1964, quando assume 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 da empresas de medicina de grupo. A defesa da prática liberal sempre caracterizou a AMB, embora ao longo dos anos 60 e 70 a categoria tenha presenciado a alteração da sua inserção profissional, passando cada vez mais o trabalho assalariado a substituir a medicina liberal, prestada diretamente pelo médico em seus consultórios. Nesse percurso, a atuação médica acompanha o desenvolvimento da assistência à saúde no país – ao assalariamento inicialmente nas instituições governamentais, segue-se a inserção no mercado de trabalho vinculado à medicina de grupo. Em defesa da prática médica autônoma surgem as cooperativas médicas, inaugurando outra forma de trabalho, que associou a autonomia nos consultórios com a introdução dos planos de saúde privados, individuais ou empresariais controlados e comercializados pelos médicos. Ao assalariamento seguiu-se também o fortalecimento da organização sindical dos médicos, que passaram a adotar as práticas dos trabalhadores, inclusive o instrumento das greves. No final dos anos 70, sucederam-se vários movimentos grevistas voltados para as condições de trabalho nas instituições públicas e também para a regulamentação do trabalho dos médicos residentes. Essas greves tiveram a característica de incorporar, além das demandas corporativas, propostas de transformação da política de saúde e de democratização do país. Nesse momento, os médicos se uniram aos movimentos gerais da sociedade pela mudança do regime político. Nos anos 80, após a democratização do país, a atuação dos médicos se volta novamente para as questões corporativas. Em geral, as principais questões que caracterizam a atuação da categoria médica ao longo do tempo, além daquelas mais imediatas, relativas à remuneração do trabalho médico, referem-se à crítica ferrenha à

exploração do trabalho médico por terceiros, entendidos como as empresas de medicina de grupo; à defesa da autonomia profissional, que tem como foco a contestação dos parâmetros e limites colocados pelos planos de saúde no sentido de restringir os procedimentos realizados com o intuito de diminuir custos – vinculada a essa questão, defendem a disponibilidade irrestrita dos meios de diagnóstico; à defesa da liberdade de escolha do médico por parte dos usuários de serviços médicos, passando a defender o “credenciamento universal” dos médicos por todos planos de saúde; e, mais recentemente, à crítica à expansão de escolas de medicina, questionando a ampliação irrestrita do contingente de médicos, a partir de um discurso de defesa da qualidade da formação médica. De uma ação voltada principalmente para o setor público enquanto principal empregador da categoria, a atuação dos médicos passou a se dirigir para os planos de saúde privados, com o aprofundamento do exercício da profissão mediante a prática dos credenciamentos comuns às distintas modalidades de assistência privada. Nessa relação com as instituições que comercializam planos de saúde ou gerenciam sistemas próprios, o embate tem se dado a partir daquelas questões listadas, em uma situação em que o médico cada vez mais se torna dependente dos convênios<sup>117</sup>. A relação com as cooperativas tem também se tornado conflituosa, na medida em que, na prática, elas funcionam de forma similar, colocando os mesmos limites à atuação autônoma dos médicos cooperados, além de os valores dos serviços médicos, muitas vezes, serem mais baixos do que os pagos pelas outras modalidades de planos de saúde privados<sup>118</sup>. O fortalecimento das ações conjuntas dos planos privados a partir de sua organização tem enfraquecido o poder auto-regulatório da categoria médica, particularmente na questão dos valores a serem pagos pelos serviços que prestam. O conflito relativo às tabelas de honorários é a face mais visível desse embate, embora esteja em jogo a tão defendida autonomia médica. Visando recuperar seu poder, a categoria tem discutido a formação de uma entidade que unifique sua atuação, diante da pulverização em diferentes formas organizativas. A proposta de criação da Ordem dos Médicos se insere nessa perspectiva como forma de fortalecimento da categoria.

---

<sup>117</sup> A pesquisa “Perfil dos médicos no Brasil” (CFM, FNM, AMB e FIOCRUZ, 1995) mostrou que cerca de 70% dos médicos trabalhavam no setor público, mas cerca de 80% participavam de convênios médicos, sendo que 75,6% deles tinham até três atividades, e quase 25% mais de três.

<sup>118</sup> Depoimento do então presidente do sindicato dos médicos de Minas Gerais é sugestivo: “Acontece que as cooperativas viraram empresas. E o lucro é o principal princípio de uma empresa... O discurso cooperativo não existe mais nem mesmo dentro das próprias cooperativas... Mas a remuneração do médico anda péssima e a discussão política praticamente inexistente no cooperativismo médico” (Ricardo de Menezes Macedo, SINMEDMG/2000:75).



O desenvolvimento da assistência à saúde privada constituiu relações complexas e, muitas vezes, conflitivas entre os seus diversos segmentos, particularmente entre as organizações que operam ou comercializam planos de saúde e os prestadores de serviços. Mas as conexões alcançam também o setor público, na medida em que grande parte dos prestadores de serviços, médicos ou hospitais, atua tanto no setor público quanto no privado. O conflito de interesses entre os atores que formam esse cenário se expressa na constituição de suas organizações e torna a arena da saúde um espaço competitivo, complexo e até contraditório ao colocar em oposição, por exemplo, o mesmo profissional, a partir de formas diferentes de inserção na assistência á saúde.

### **3.6 Conclusão**

A análise da trajetória da assistência privada desenvolvida neste capítulo permitiu constatar os efeitos de *feedback* da política de saúde segundo uma dupla perspectiva. Em primeiro lugar, evidenciou os mecanismos por meio dos quais essa política, voltada para a assistência à saúde de caráter público, favoreceu o surgimento de várias modalidades institucionais de assistência privada e a expansão de outras que já existiam de forma ainda pouco expressiva. Em segundo, permitiu identificar os efeitos institucionais do crescimento das formas privadas de assistência, vis-à-vis o da assistência pública. Entre esses, os mais importantes foram: a constituição e ou fortalecimento de diversos atores ou agentes do mercado, como prestadores, operadoras e usuários, e, a partir daí, a configuração de interesses; o estabelecimento de regras e procedimentos relativos à forma de prestação da assistência, mecanismos de acesso e de diferenciação, os quais estruturaram comportamentos e moldaram preferências; e, como consequência desses efeitos anteriores, o crescimento da assistência privada influenciou o processo político ao constituir a arena política da saúde, na qual, em função do formato assumido pela política, configuraram-se estratégias considerando os objetivos básicos de, por um lado, garantir recursos públicos, de forma direta ou indireta, e, por outro, obter ou preservar regras favoráveis, mas principalmente a ausência de regras para a expansão do mercado de assistência à saúde.

A descrição das dimensões e características do segmento privado e dos atores vinculados a ele apontou a sua relevância econômica e política, e a institucionalização de regras e comportamentos difíceis de reverter, tornando outras opções pouco prováveis. É nessa medida que fornece elementos para interpretar os processos de

reforma da política de saúde nas décadas de 80 e 90, quando se tornarão evidentes os limites que esses efeitos das políticas anteriores colocaram para as reformas.

Um primeiro aspecto a ser ressaltado é que a gênese e a expansão das formas privadas de assistência à saúde estão diretamente ligadas às relações de trabalho sob a forma de planos de saúde coletivos. Da mesma forma que a assistência de caráter público se inicia no âmbito da previdência social, enquanto um benefício vinculado à inserção no mercado de trabalho, também os planos e seguros de saúde privados, na sua grande maioria, surgem e se desenvolvem subordinados a contratos de trabalho, enquanto benefício trabalhista concedido por algumas empresas, com a participação direta ou indireta do Estado e como consequência de decisões governamentais que favoreceram a constituição de determinados arranjos e práticas.

É verdade que desde as primeiras décadas do século XX existiam iniciativas empresariais no sentido de prover algum tipo de assistência médica aos empregados, mesmo que muitas vezes restrita à medicina do trabalho, e que eram independentes da ação governamental e de qualquer política regulatória. As mais importantes experiências iniciaram-se a partir dos anos 40, inclusive voltadas para segmentos que eram cobertos pela assistência prestada pelos IAPs, como os funcionários do Banco do Brasil e da Caixa Econômica Federal. Mas será apenas a partir dos anos 60 que irá se expandir a assistência à saúde no âmbito das empresas, privadas e públicas. Isso se fará a partir das políticas públicas que reforçaram as iniciativas empresariais e estimularam a constituição de novos atores no cenário da assistência privada, como a medicina de grupo e as cooperativas médicas, além de incorporar outros mais antigos, como as seguradoras.

Isso foi feito por meio de diversos mecanismos. O primeiro deles foram os convênios-empresa, a partir dos quais foram dados incentivos governamentais para que as empresas se encarregassem da assistência médica para seus empregados com financiamento público, pelo menos parcial. A criação dos convênios-empresas foi uma decisão que favoreceu a expansão da assistência privada, não tanto pelo volume dos convênios estabelecidos com a participação da previdência social, mas pela institucionalização e legitimação de uma prática empresarial ainda restrita antes deles. É claro que fatores internos às empresas, como a necessidade de redução do absenteísmo, o aumento da produtividade e o esforço para aumentar a competitividade na disputa por quadros mais qualificados, foram (e são) fatores importantes na decisão de conceder assistência aos empregados. Mas o apoio governamental, inicialmente de forma direta,

mediante subsídios financeiros, e posteriormente de forma indireta, por meio de mecanismos tributários, foi fundamental para sua institucionalização e legitimação. Na mesma época, incentivada pelos convênios-empresa, constituiu-se a assistência privada independente do financiamento direto e da supervisão pública, mas também vinculada às empresas e, portanto, garantindo assistência a partir da inserção no mercado de trabalho não apenas formal, mas privilegiado, uma vez que era limitada às grandes empresas, principalmente da região Sudeste e, sobretudo, do estado de São Paulo.

Apenas a partir dos anos 80, a assistência privada irá se desenvolver fora do âmbito das empresas empregadoras por intermédio dos planos de saúde contratados individualmente. Similares no caráter privado, esse tipo de plano será de natureza diferente ao engendrar relações tipicamente de consumo entre o beneficiário e a operadora que o comercializa. A inserção nos planos de saúde privados se dará entre os estratos de maior renda e vai substituir, em parte, a prática liberal que prevalecia até os anos 70, que foi se inviabilizando com o crescimento dos custos da assistência médica. Esse comportamento foi incentivado pela política tributária, mediante o mecanismo de dedução fiscal, e facilitado pelas estratégias agressivas de comercialização de planos privados em um mercado, até o final da década de 90, sem qualquer regulamentação governamental. De forma similar, também o custeio da assistência no âmbito das empresas foi indiretamente assumido, pelo menos em parte, pelo governo e pela sociedade em geral, na medida em que passou a ser computado como despesa operacional, não integrando o rendimento tributável das empresas e sendo repassado aos preços dos produtos ou serviços produzidos.

Outras decisões públicas no sentido de viabilizar e ou desafogar a assistência pública tiveram o efeito de fortalecer a assistência privada e de consolidar os interesses associados a ela. Entre elas, foi fundamental a prévia opção por comprar serviços privados ao invés de desenvolver uma rede própria de serviços de saúde, tendência que caracterizou a expansão da assistência pública. Essa opção teve o efeito de fortalecer os profissionais e as instituições privadas prestadoras de serviços e suas representações de interesses. A pressão que exerciam por remunerações mais altas em situação de impossibilidade de atendimento pelo Poder Público, em função de uma crise da Previdência Social, em parte como decorrência do alto custo do modelo de compra de serviços, vai levar a uma seqüência de decisões de conseqüências perversas para o atendimento público, favorecendo, em contrapartida, a opção dos usuários pela assistência privada.

Um conjunto de decisões governamentais relativas à remuneração dos serviços hospitalares, ao mesmo tempo em que atendia à pressão dos prestadores de serviços e acomodava as demandas dos usuários por atendimento de melhor qualidade, aprofundou o hiato entre a assistência pública e a privada. Por meio delas, o governo permitiu o pagamento de complementação pelos atendimentos hospitalares quando em acomodações especiais, isto é, diferentes das custeadas pelo Poder Público. Essa decisão teve como efeito a deterioração do atendimento prestado em acomodações não especiais, ao mesmo tempo em que incentivou o desenvolvimento dos planos privados, uma vez que esses eram autorizados a efetuar essa complementação. Diversas decisões nesse sentido tiveram o efeito de definir o comportamento dos atores privados (prestadores de serviços, usuários, operadoras de planos de saúde e sistemas de autogestão): a) usuários que tinham capacidade de assumir os gastos foram incentivados a optar por acomodações especiais a custo mais baixo, uma vez que parcela dele era assumida pelo setor público; b) hospitais reduziram as acomodações tipo enfermaria para estimular o atendimento especial, mais lucrativo, num momento em que a remuneração governamental estava muito aviltada; e c) compradores de serviços – sistemas de autogestão, cooperativas ou medicina de grupo –, pressionados pelos custos dos atendimentos, passaram a se organizar com o objetivo de negociar de forma coletiva com os prestadores e rebaixar os preços dos serviços de saúde, quando a participação governamental no pagamento dos serviços hospitalares se tornara pouco significativa. Desta forma, as medidas governamentais contribuíram para a explicitação do conflito de interesses entre entidades médicas e operadoras de planos de saúde, em função do controle de custos, e, ainda, para desfazer o vínculo da assistência privada com a pública. Nos anos 80, a assistência privada deixa de ser complementar para se tornar suplementar, passando a ter seu desenvolvimento de forma autônoma, em relação tanto ao financiamento quanto à forma de captação da clientela. No final da década, outra decisão governamental favoreceu a entrada das seguradoras no ramo saúde, ao lhes ser autorizado fazer o referenciamento de profissionais e instituições de saúde, o que lhes permitiu baixar custos e disputar o mercado privado com a medicina de grupo e com as cooperativas médicas.

As conseqüências maléficas da inexistência de uma política afinada concretamente com a meta formal de publicização da assistência se traduziram na deterioração da qualidade da assistência pública, reforçando a opção pela assistência privada para os trabalhadores por parte das empresas e, posteriormente, pelos indivíduos isoladamente.

A própria prática governamental incentivou a ampliação das ações privadas e reforçou a diferenciação, apontando para a inexistência de um projeto efetivo de universalização e equalização da assistência. Expressão emblemática disso foi a existência no âmbito da própria instituição previdenciária, encarregada da política de saúde, de uma assistência diferenciada para seus funcionários. Desta forma, a expansão da assistência supletiva nos anos 80 não foi um processo paralelo e independente das políticas públicas; ao contrário, foi no bojo da crise da assistência pública e sob a pressão dos interesses privados já constituídos, particularmente dos prestadores de serviço, que foram definidas medidas governamentais que favoreceram aquela expansão e constituíram um arranjo institucional crivado de contradições. As ações governamentais contribuíram de forma decisiva para a institucionalização e legitimação da opção pela assistência privada e, de forma indireta, retiraram recursos públicos que poderiam ser canalizados para a assistência pública, contribuindo para seu mau desempenho. Na forma de uma espiral, a seqüência de decisões e ações foi reforçando as opções privadas.

A dinâmica das decisões governamentais e das ações privadas, essas últimas em grande parte enquanto resposta a estímulos governamentais, no caso das empresas empregadoras ou operadoras de planos de saúde, ou como alternativa de assistência diante da deterioração da assistência pública, ou ao encarecimento da medicina liberal, no caso dos usuários, foi constituindo o arranjo institucional da assistência à saúde no Brasil. Esse assumiu um formato híbrido – público e privado –, integrando agentes variados, articulados por um conjunto de regras, inicialmente definidas prioritariamente pelo Poder Público, que era o agente regulador, mesmo que isso se fizesse de forma precária, em função da captura do governo pelos interesses privados, particularmente dos prestadores de serviços. Em um segundo momento, esse espaço de regulação foi sendo ocupado e disputado por agentes privados representantes do segmento da assistência supletiva, concomitantemente ao processo de autonomização em relação ao setor público.

Esse arranjo institucional vai se caracterizar pela complexidade, com várias organizações diferenciadas disputando o mercado de saúde, tanto do lado da oferta de serviços como da captação de clientes, bem como pelos diversos mecanismos de articulação entre eles. Na sua trajetória, a assistência privada constituiu identidades e clivagens sociais a partir da forma de inserção na atividade e de concepções diversas sobre a prática médica, o mais emblemático sendo o conflito entre a medicina de grupo e as cooperativas médicas. Conflitos de interesse entre prestadores e compradores de

serviço, por sua vez, definiram preferências similares entre os agentes na mesma posição, aproximando as estratégias com vistas ao controle de preços dos serviços de saúde. O imbricamento de interesses e a similaridade das estratégias acabam por tornar menos nítidas as diferenças entre os diversos formatos assumidos historicamente pela assistência privada em aspectos como a forma de captação de clientela, a definição dos padrões da assistência, os mecanismos de controle de preços e custos e a forma de articulação com os prestadores de serviços. Nesse último caso, destaca-se o fato de partilharem a mesma rede de serviços, inclusive com o setor público, no caso da rede hospitalar.

A formação das organizações de interesses dos agentes desse mercado reflete ações em cadeia a partir das alterações da assistência e do surgimento de novos agentes. Se a ABRAMGE tem sua origem vinculada à política dos convênios/empresa, as Unimed se organizam para se contrapor à medicina de grupo e garantir o controle dos serviços médicos pelos próprios médicos e a ABRASPE e o CIEFAS são o resultado da organização dos compradores de serviços com o objetivo principal de buscar o controle de preços, num momento em que a assistência privada já se tornara efetivamente independente da participação governamental e em contraponto às tentativas das organizações médicas de regular o mercado, particularmente os preços dos serviços. Nesse processo de autonomização, os próprios agentes do mercado assumem a regulação do setor.

Entre os interesses constituídos estão os dos beneficiários da assistência privada, particularmente os empregados das empresas e instituições públicas que administram ou contratam planos de saúde. Ao terem acesso a uma assistência diferenciada, passam a ser seus apoiadores, de forma explícita ou implícita. A institucionalização das formas empresariais de assistência privada torna esse benefício patronal um diferencial valorizado nas relações de trabalho e, de forma endógena ao contexto institucional da assistência e em função das vantagens distributivas da política de saúde, configura a preferência pela assistência privada.

Esses diversos interesses que se constituem e se organizam ao longo das décadas de 60 a 80 manifestar-se-ão nos momentos cruciais de redefinição da política de saúde, como no processo constituinte e na regulamentação tardia da assistência privada, no final dos anos 90. No próximo capítulo será analisada a reforma da política de saúde nos anos 80, bem como sua implantação na década de 90, cujas características vão refletir a configuração institucional das políticas anteriores. Nos dois processos, serão

evidenciados, de um lado, a ação dos atores representando os interesses que constituíram e configuraram a arena da saúde e, de outro, a institucionalização dos comportamentos e das práticas ligadas à assistência privada que colocaram constrangimentos a qualquer remodelação mais radical do sistema de assistência à saúde.

**QUADRO 1**  
SITUAÇÃO ATUAL DAS OPERADORAS COMERCIAIS DE PLANOS  
DE SAÚDE PRIVADOS - BRASIL - 2001/2002

ESPECIFICAÇÃO	Medicina de Grupo 2001	%	Cooperativas Médicas 2002	%	Seguradoras 2001	%	Total	%
Nº de operadoras	860	69,0	350	28,1	37	2,9	1347	100
<i>(operadoras de acordo com o cadastro da ANS)</i>	<i>961</i>	<i>68,9</i>	<i>393</i>	<i>28,2</i>	<i>41</i>	<i>2,9</i>	<i>1495</i>	<i>100</i>
Nº de usuários ou contratos de seguros	18.400.000	52,5	11.476.407	32,7	5.200.000	14,8	35.076.492	100
<i>(Cobertura de acordo com o cadastro da ANS)</i>	<i>10.797.804</i>	<i>45,0</i>	<i>7.572.697</i>	<i>31,6</i>	<i>5.602.020</i>	<i>23,4</i>	<i>23.972.521</i>	<i>100</i>
Faturamento anual (R\$)	6,2 bilhões (1)	35,8	5,6 bilhões (2)	32,4	5,5 bilhões (3)	31,8	17,3 bilhões	100
Empresas contratantes	49.000		70.000		...			
Consultas anuais	95.300.000		46.229.000		23.446.114			
Consultas por usuário/ano	5,18		4,03		4,51			
Exames complementares anuais	106.740.000		83.615.000		37.668.934			
Internações anuais	2.140.000		1.333.000		837.544			
Internações por usuário/ano	0,12		0,12		0,16			
Outros procedimentos	26.480.000				15.751.788			
Médicos contratados/credenciados/cooperados	106.200		95.968		...			
Hospitais próprios	260		62		—			
Hospitais credenciados	3.800		3.596		—			
Leitos próprios	23.500		2.762		—			
Leitos credenciados	350.000				...			
Centros de diagnóstico	2.850		16.000		—			

Fontes: ABRAMGE, 2002; UNIMED Brasil, 2002; FENASEG, 2002; Ministério da Saúde/Anuário Estatístico de Saúde do Brasil - 2001  
As informações em itálico foram extraídas do Anuário Estatístico de Saúde do Brasil/MS, 2001; as demais são fornecidas pelas entidades representativas do segmento.

## 4 A REFORMA DA POLÍTICA DE SAÚDE: INOVAÇÃO E CONTINUIDADE – 1975/2000

### 4.1 Introdução

Este capítulo analisa a reforma da política de saúde definida na Constituição de 1988, considerando os processos de formação, decisão e implementação da nova política. A interpretação desses processos considera como fatores explicativos cruciais os efeitos de *feedback*, ou o legado das políticas prévias que fizeram com que, mesmo em uma situação de rearranjos institucionais, se configurasse, de fato, um processo de inovação limitada, que se torna mais evidente no momento de implementação da reforma, embora o próprio texto constitucional já estabeleça a dualidade do sistema de saúde.

Mas se esses fatores são responsáveis pelos aspectos de continuidade da política de saúde, eles não explicam a ruptura institucional decorrente da reforma sanitária que foi de fato realizada. Dois fatores são considerados para a explicação da mudança, cada um deles com peso diferente. O primeiro e mais importante é a conjuntura política mais ampla, caracterizada pelo processo de democratização do país, que permitiu que novos atores, portadores de propostas transformadoras, participassem da arena política e se tornassem suficientemente fortes para influenciar o processo decisório. O segundo fator é a crise da política de saúde, em função, principalmente, do esgotamento da capacidade de financiamento do modelo de assistência que prevalecia, de alto custo e baixa efetividade. A crise financeira contribuiu para ressaltar as inadequações do modelo assistencial, que se traduzia na crescente insatisfação de usuários, prestadores de serviço e trabalhadores de saúde. Entendendo que a relação entre crise e reforma não é mecânica, mas mediada por processos políticos por meio dos quais são definidas alternativas para o enfrentamento da crise, isso significa que ela pode desembocar em diferentes escolhas, na medida em que não existe uma única saída para a crise. A partir dessa perspectiva, considera-se que o movimento político-ideológico pela reforma sanitária soube construir uma proposta elaborada para a saúde, tirando proveito de uma conjuntura favorável a mudanças democráticas, que incluíam a ampliação das políticas sociais, colocando-a como a alternativa para a crise. Desta forma, no processo de mudança constitucional, o impacto das políticas prévias foi mediado pelo contexto político mais amplo de redemocratização do país e de ampliação dos direitos sociais.



Este capítulo tem, assim, uma dupla pretensão analítica: em primeiro lugar, explicar a ruptura institucional decorrente de um movimento em prol da reforma sanitária; em segundo, explicar as continuidades e ou ambivalências que caracterizam o novo modelo institucional quanto ao aspecto específico da assistência à saúde. Se a ruptura é explicada pelo contexto de democratização e por uma situação de crise favorável a mudanças, a continuidade é atribuída à dependência de trajetória, de tal forma que os dois tipos de fatores explicativos, conjuntamente, fornecem uma explicação plausível para o formato híbrido – público e privado – assumido concretamente pela assistência à saúde no Brasil.

Esse argumento analítico aqui adotado considera que as políticas de saúde, ao mesmo tempo em que podem ser vistas como conseqüências da ação política (variáveis dependentes), também são potentes para explicar tanto o desenvolvimento político quanto as políticas posteriores (variáveis independentes). No primeiro caso, as mudanças na política de saúde que culminaram com as definições constitucionais podem ser vistas como resultado da ação política decorrente da emergência e organização de novos sujeitos políticos, que, aproveitando-se de uma conjuntura favorável, foram bem sucedidos no processo de transformar uma comunidade epistêmica, organizada em torno de uma concepção de saúde, sociedade e atuação do Poder Público, em um grupo de ação política, para isso aglutinando aliados e interesses em torno de uma proposta de reforma do sistema de saúde. No segundo caso, entendendo-as como variáveis independentes, as políticas de saúde estabelecidas desde os anos 60, por meio dos seus efeitos institucionais e sobre o processo político, são responsáveis pelos elementos de continuidade da política de assistência à saúde que se expressam no próprio texto constitucional, mas principalmente na trajetória da assistência durante e após as mudanças no plano ideal-formal, ou seja: durante a formação, decisão e implantação da reforma.

Essa análise da reforma da política de saúde e da configuração institucional da assistência, que se consolidou com características de ruptura e continuidade em relação às políticas anteriores, permite validar a hipótese geral deste estudo, segundo a qual 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 prévias que limitaram as possibilidades de mudanças, em função de seus efeitos sobre o conflito político, na definição de padrões de comportamento e na capacidade governamental, além de seus efeitos cognitivos.

Para desenvolver esses argumentos, o capítulo é dividido em três partes. Inicialmente, é feita uma análise do processo de formação da proposta de mudança da política de saúde, entendido como a constituição da agenda, a difusão de idéias, a elaboração de propostas inovadoras e a articulação política de diversos atores, visando influir no processo decisório. Desde meados dos anos 70, vão se constituir propostas alternativas para a assistência à saúde a partir da crítica à política vigente que, por meio de várias medidas governamentais, aprofundava o “modelo privatista”, assim denominada a opção pela ampliação da assistência pública a partir do privilegiamento da compra de serviços privados em detrimento da utilização e ou expansão da rede pública. Na mesma época, expandia-se também a assistência privada de forma autônoma, embora contando com subsídios governamentais, diretos ou indiretos, conforme analisado nos capítulos anteriores. O baixo controle da rede privada e a captura da burocracia governamental pelos interesses dos prestadores apontavam como principais conseqüências desse modelo de política os altos índices de corrupção e o aumento dos gastos a patamares insustentáveis para a Previdência Social. Essa situação favoreceu a expressão de algumas propostas racionalizadoras no âmbito da burocracia pública que apontavam para o fortalecimento do setor governamental, paralelamente à constituição de um movimento político-ideológico em prol de uma reforma de maior envergadura – o movimento sanitário. Essas propostas se traduziram em algumas experiências alternativas isoladas na década de 70 e, na década seguinte, em projetos institucionais reformistas no âmbito da Previdência Social, que, embora de pequeno impacto, foram precursores do projeto da reforma sanitária e expressaram um movimento político e de idéias em prol da universalização e da publicização da assistência à saúde. Esse projeto foi consagrado formalmente na Constituição de 1988 e implicou mudanças institucionais e dos princípios que norteavam a política de saúde.

Em segundo lugar, é analisado o processo decisório que resultou na reforma da política de saúde durante o processo constituinte. Os contornos desse processo político foram definidos, por um lado, pelo contexto de democratização, que permitiu a expressão e o fortalecimento de novos atores e de uma nova agenda, e, por outro, pelo embate com velhos atores, constituídos na trajetória da política de saúde. Essa teve como um dos seus principais efeitos a estruturação de interesses privados, e nessa medida influenciou o processo decisório e a disputa entre as alternativas de políticas, grosso modo, divididas entre uma proposta publicista e outra privatista. Esses últimos atores demonstraram significativo poder de veto e, apesar de não terem conseguido

barrar as alterações institucionais mais significativas, particularmente a criação de um sistema público de acesso universal, garantiram a preservação dos arranjos previamente estabelecidos. O resultado foi que, ao mesmo tempo em que a reforma ampliou a responsabilidade estatal no campo da saúde, de forma contraditória alguns dispositivos constitucionais garantiram a continuidade das formas privadas de assistência, independente de qualquer intervenção governamental. Como resultado de um acordo político entre os vários pactuantes, a reforma exigiu que todos tivessem que abrir mão das posições iniciais, e se chegou a um resultado político no qual, em alguma medida, todos saíram vitoriosos. As escolhas definidas na Constituição garantiram a convivência da reforma com a continuidade, em um processo de inovação pressionado por interesses e objetivos que tinham sido constituídos em decorrência das políticas anteriores, que limitaram a possibilidade de mudanças descontínuas, mas que, ao mesmo tempo, expressaram o dinamismo institucional ao definir um reordenamento do sistema público de saúde.

Por fim, é analisado o processo de implantação das mudanças jurídico-institucionais durante a década de 90, o qual traduziu as ambigüidades da legislação, decorrentes do processo político que lhe deu origem, caracterizado pelo embate entre propostas opostas. É também nessa fase de implementação que se expressaram os outros efeitos de *feedback* da política de assistência à saúde estabelecida previamente, que, ao configurar um determinado formato institucional, limitou a viabilização concreta dos princípios publicistas e igualitários definidos constitucionalmente, mas negados pela trajetória da política de saúde. Ao propiciar a expansão da assistência privada, vis-à-vis a pública, consolidaram-se organizações e comportamentos vinculados às formas diferenciadas de acesso e de oferta da assistência, emoldurando o processo de formação das preferências dos afetados pela política e expressaram-se na ausência de uma identidade coletiva ou de uma demanda universalista. Do ponto de vista político, esses efeitos de *feedback* se traduziram na ausência de suporte dos segmentos mais mobilizados, que seria necessário por se tratar de uma política de caráter redistributivo que demandaria a constituição de coalizões mais amplas e duradouras.

Na análise da implantação da reforma, é dada ênfase à questão do financiamento, que tem sido considerado um ponto de estrangulamento para a sua efetivação pois o subfinanciamento do sistema de saúde não garantiu a implantação dos princípios constitucionais, para permitir tanto a universalização do acesso quanto a ampliação da rede prestadora. Na medida em que a implantação do Sistema Único de Saúde coincide

com uma conjuntura de crise e reformas econômicas, os efeitos das políticas de ajuste dos anos 90 não podem ser desconsiderados. Entretanto, a falta de financiamento adequada é interpretada aqui como uma forma de inviabilização sistêmica do sistema público universal, entendendo que a concretização dos princípios constitucionais, em sua completa acepção, não se constituiu como um objetivo consensual do governo. Esse mecanismo indireto de enfraquecimento da reforma é condizente com o ambiente político-econômico geral, caracterizado pela crise de financiamento e por tendências de restrição das atividades estatais, e com as características da coalizão conservadora dos primeiros governos democráticos, afinados com as propostas de restrição dos gastos sociais, na contramão dos princípios constitucionais recém-definidos. Entretanto, o financiamento inadequado é também mais uma manifestação da concepção pública sobre a assistência consolidada na trajetória da política de saúde, caracterizada pela segmentação, que a reforma não logrou alterar, e que associa as obrigações governamentais à focalização das ações nos mais pobres, em oposição à perspectiva universalista.

Este capítulo traça o processo a partir do qual os efeitos de *feedback* da política anterior colocaram limites para uma reforma institucional radical que de fato alterasse o modelo anterior, analisando a cadeia de ações movida por interesses diversos, alguns deles já cristalizados nas estruturas institucionais e capazes de conformar as percepções e atitudes dos cidadãos/usuários de serviços de saúde e outros menos institucionalizados, mas que foram capazes de levar a mudanças institucionais profundas, configurando um novo arcabouço jurídico-legal para a assistência médica no Brasil. Apesar disso, não se estendeu ao setor privado a regulamentação e o controle por parte do Poder Público, que se limitou, na Constituição, a tratar de um suposto mas irreal Sistema *Único* de Saúde. Desta forma, a partir das mudanças constitucionais, passam a conviver as duas estruturas institucionais – um sistema público formalmente universal e inclusivo e um sistema privado em crescimento –, aparentemente de forma paralela ou independente, mas que possuem poderosos vasos comunicantes, com interferências recíprocas que se expressam na arena política da saúde.

## **4.2 O processo de formação da reforma da política de saúde: o movimento sanitário e os projetos inovadores**

### **4.2.1 As idéias e os atores**

A formação da proposta de reforma da política de saúde se deu a partir de meados da década de 70, pela articulação de um movimento político-ideológico por uma reforma sanitária, vista como parte integrante de um processo mais amplo de democratização. Esse movimento envolveu a construção teórica de um modelo de compreensão dos determinantes sociais da saúde e um conjunto de ações estratégicas visando à divulgação de idéias, à articulação de pessoas e organizações e à ocupação de espaços institucionais para a experimentação de projetos inovadores como mecanismo de constituição de uma alternativa à política vigente. Particularmente na década de 80, no contexto da “abertura” do regime autoritário, vão ocorrer mudanças na política de saúde bastante significativas do ponto de vista de sua concepção, embora bem menos em termos do impacto no modelo de assistência vigente. Como embriões dos princípios da reforma que seria definida no final dos anos 80 durante o processo constituinte, essas experiências eram baseadas em alguns objetivos básicos, como a ampliação de cobertura, a articulação das esferas de governo com vistas à maior utilização da rede pública e a participação da população. Por serem propostas em clara diferenciação com o modelo de assistência prevaiente, essas experiências enfrentaram a oposição dos interesses consolidados na trajetória da política de saúde e da própria burocracia pública afinada com esses interesses.

O processo de redemocratização do país, no âmbito do qual ocorreu essa reforma sanitária, trouxe no seu bojo a preocupação com os aspectos substantivos da democracia que remetem aos direitos sociais, entre eles, o direito à saúde. A oposição ao regime militar incluía a luta pela ampliação das políticas sociais a partir da crítica ao desempenho do governo autoritário na área social, bem como das políticas econômicas de alta concentração de renda. As propostas políticas dos setores de oposição enfatizavam a redefinição das políticas sociais no sentido da universalização de benefícios mediante um processo redistributivo. Particularmente no campo da saúde, a discussão da “democratização da saúde” se fazia de forma mais intensa via “movimento sanitário”, que logrou atingir alto grau de organicidade e grande visibilidade política, vindo a ter papel relevante na reformulação da política de saúde.

Ao movimento sanitário é atribuída a liderança política e intelectual da reforma, no interior do qual foi construída uma proposta alternativa para a política de saúde<sup>119</sup>. De origem acadêmica, esse movimento se articulou com outros segmentos sociais e governamentais, entre os primeiros destacando-se a categoria dos médicos e o “movimento popular em saúde”, que, como vários outros, emergiam ou se fortaleciam na conjuntura de transição democrática. No âmbito governamental, teve o apoio de segmentos burocráticos que questionavam o modelo assistencial vigente e, nos anos 80, contou com outro ator, que a partir de então teria um papel proeminente: o Movimento Municipalista em Saúde, constituído pelos secretários e técnicos municipais de saúde<sup>120</sup>.

O marco teórico que foi o referencial ideológico do movimento sanitário e sustentou as suas propostas políticas tem origem na universidade e se expressa na teoria social da saúde. No final dos anos 60 e início de 70, desenvolveu-se uma abordagem marxista histórico-estrutural das condições e dos problemas de saúde da população no âmbito dos departamentos de medicina preventiva (DMPs) de algumas universidades brasileiras. A partir da incorporação das ciências sociais ao estudo da saúde, constituiu-se o pensamento médico-social, que, ao levar em conta o caráter político da área da saúde, deslocou o seu objeto do indivíduo para a sociedade, considerada como determinante das condições de saúde, e delimitou um novo campo de estudo, denominado de *saúde coletiva*<sup>121</sup>. À crítica da concepção positivista de ciência – universal, empírica, atemporal e isenta de valores – se contrapôs a idéia de uma teoria que informasse e sustentasse a ação política de modo que a prática sanitária passou a ser vista como sujeito de transformação. Na perspectiva de seus expoentes, a maioria oriunda de partidos políticos então na clandestinidade, particularmente do Partido Comunista Brasileiro, tratava-se de um movimento contra-hegemônico com propósitos ambiciosos de alterar a correlação de forças a partir da consciência sanitária, tendo como horizonte o socialismo (Rodrigues Neto, 1997; Teixeira, 1987). Dessa forma, o paradigma alternativo de saúde coletiva orientava proposições que implicavam transformações

---

<sup>119</sup> A análise sobre o movimento sanitário tem como referência principal o trabalho fundamental sobre o tema de ESCOREL, Sarah: Reviravolta na Saúde – origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

<sup>120</sup> De acordo com Gerschman (1995:41), o autodenominado “movimento sanitário” tratava-se “de um grupo restrito de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor saúde, provenientes na sua maioria do Partido Comunista Brasileiro (PCB), que exerceu um papel destacado de oposição ao regime militar, assim como uma trajetória política própria na área da saúde”

<sup>121</sup> A adoção do conceito de saúde coletiva, segundo Teixeira (1987:94), foi “uma originalidade nacional face à heterogeneidade de denominações habituais, como saúde pública, medicina social, medicina preventiva, medicina comunitária”.

mais profundas não apenas na saúde, mas no Estado, na sociedade e nas instituições em geral (Fleury, 1997). Nessa perspectiva, o movimento sanitário se engajou na luta para a derrubada do governo militar, juntando-se aos demais movimentos sociais que proliferavam no país.

Com o estímulo institucional da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) e da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), desenvolveram-se o conhecimento e a produção teórica em saúde coletiva e a capacitação de profissionais por meio de cursos de mestrado e doutorado, dos DMPs e de programas de residência em medicina social<sup>122</sup>. A difusão da abordagem médico-social foi um instrumento importante para a formação de recursos humanos no campo da saúde coletiva, difundindo-se uma nova maneira de pensar e de atuar no setor saúde, transformando o perfil do sanitarista que passou a incorporar o posicionamento político na sua proposta de atuação em um campo definido como social. Diferentemente da abordagem tradicional de saúde pública, incorporou-se também a análise da política de saúde e da assistência médica previdenciária, sendo elaboradas propostas de transformação tanto do regime político quanto do sistema de saúde. A partir de uma crítica ao saber hegemônico, inicialmente o movimento sanitário se percebia como constituindo um contra-saber que deveria ter efetividade política, sendo ponto de partida para a reforma sanitária (Dâmaso, 1989:65)<sup>123</sup>.

Uma das formas de difusão do pensamento médico-social, associada ao posicionamento pela democratização do país e pela oposição à privatização da saúde, foi por intermédio do movimento estudantil do setor saúde, particularmente nas *Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária* (SESACs). Reunindo estudantes, professores e profissionais médicos, representando algumas de suas organizações profissionais, as SESACs aglutinavam núcleos estudantis de oposição e se realizaram anualmente no período de 1974 a 1978 nos locais onde havia apoio institucional de

---

<sup>122</sup> A tese de doutorado de Sérgio Arouca - O dilema preventivista – contribuição para a compreensão da medicina preventiva, defendida na Unicamp em 1975, é considerada um dos principais fundamentos teóricos do movimento sanitário. Em 1978 existiam 16 instituições desenvolvendo pesquisas ou elaborando projetos no campo da saúde coletiva, sendo sete instituições acadêmicas, seis prestadoras de serviços de saúde e um centro de pesquisa epidemiológica. Entre 1972/80 foram criados seis cursos de mestrado e doutorado em saúde coletiva, o primeiro deles sendo o mestrado em medicina social no IMS/UERJ, que se constituiu em um centro de pensamento progressista em saúde, os demais na Faculdade de Saúde Pública da USP e nas Faculdades de Medicina de Ribeirão Preto, da USP, ENSP e UFBA (Escorel, 1998).

<sup>123</sup> De acordo com Dâmaso (1989:73): “o conceito de reforma Sanitária tem, todavia, um sentido ‘forte’: trata-se de conceber e fazer da saúde o fundamento revolucionário de uma transformação setorial com ressonâncias estruturais sobre o conjunto social”.

universidades ou secretarias de saúde que desenvolviam projetos de medicina comunitária ou de extensão de cobertura por meio da medicina simplificada<sup>124</sup>. Grande parte desses programas estava vinculada aos DMPs, utilizados na formação de internos e residentes, que atraíam estudantes mais politizados como forma de vincularem-se aos problemas da população e de inserirem-se nos movimentos populares.

Na perspectiva da produção de conhecimento e veiculação de idéias, e para aglutinação do pensamento crítico em saúde, foram criadas duas entidades importantes no processo de formação dessa comunidade epistêmica voltada para a reforma sanitária: o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), em 1976, e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979. Nos seus primeiros anos, o CEBES teve uma grande produção intelectual, publicando livros e promovendo encontros, reuniões e debates, mas, principalmente, editando a revista *Saúde em Debate*. Lançada em novembro de 1976, a revista se tornou um veículo de divulgação do pensamento sanitário, permeado pelas ciências sociais marxistas, e após um ano já possuía cerca de 4 mil assinantes<sup>125</sup>. A ABRASCO foi criada para organizar a prática acadêmica em torno da crítica ao modelo de assistência à saúde e para formular propostas, sendo também uma importante entidade para a veiculação de idéias.

No processo de sua articulação e ampliação, o movimento sanitário foi incorporando novos atores. A atuação no âmbito do parlamento foi uma estratégia importante, já que esse era um espaço que possibilitava oportunidade para um debate mais democrático em um contexto autoritário e com fechamento de outros canais institucionais. A Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados tornou-se um local para o debate público sobre a saúde e para a organização do movimento, contando com apoio de parlamentares,

---

<sup>124</sup> Foram realizadas SESACs em Belo Horizonte, Campinas, Curitiba, Londrina e Santo André. A medicina comunitária, ou simplificada, era uma proposta alternativa de organização dos serviços de saúde que se difundia na América Latina, voltada principalmente para as populações rurais, por meio de programas baseados no autocuidado, atenção primária realizada por pessoal não profissional, com tecnologia apropriada e com a participação da comunidade. O marco político dessas propostas é a Declaração de Alma Ata, firmada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, na cidade de Alma Ata, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde. A Declaração estabeleceu como meta a “saúde para todos no ano 2000”, por meio da estratégia da atenção primária, e seus conceitos de extensão de cobertura, participação comunitária e agente de saúde foram difundidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Embora não tenha contado com representação do Brasil, a Conferência “expressa o contexto normativo das principais diretrizes e princípios que passaram a nortear as reformas dos sistemas de saúde a partir dos anos 80” (Fundação João Pinheiro, 1999:31).

<sup>125</sup> Como destaca Fleury (1997:26), em análise retrospectiva, “O CEBES representou a possibilidade de uma estrutura institucional para o triângulo que caracterizou o movimento pela reforma sanitária brasileira: a construção de um novo saber que evidenciasse as relações entre saúde e estrutura social; a ampliação da consciência sanitária onde a Revista Saúde em Debate foi, e continua sendo, seu veículo privilegiado; a organização do movimento social, definindo espaços e estratégias de ação política”.



inclusive do partido governista, e da sua infra-estrutura (Rodrigues Neto,1997:64). Em 1979, o núcleo do CEBES de Brasília teve uma atuação parlamentar importante, assessorando parlamentares da Comissão de Saúde, o que teve como um dos resultados mais expressivos a realização, por iniciativa da Comissão, do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. Esse Simpósio foi um marco do movimento pela reforma sanitária, pois contou com grande participação de pessoas de todo o país e marcou a vinculação do movimento sanitário com a discussão concreta da política de saúde. O documento aprovado no Simpósio teve o papel simbólico de lançar o projeto do Sistema Único de Saúde ao, propositivamente, sugerir os principais componentes da proposta alternativa à política vigente. Entre esses, destacam-se: saúde como direito de todos e dever do Estado; detenção do empresariamento da medicina, considerando os atos médicos como bem social gratuito; unificação do sistema de saúde, cabendo ao Estado a administração do sistema; participação popular na política de saúde; mecanismos eficazes de financiamento; descentralização; e fim dos convênios com pagamento por unidade de serviço.

Outra estratégia foi trabalhar para a eleição de deputados estaduais e federais, prefeitos e vereadores que tinham a saúde em suas plataformas eleitorais e eram ligados à questão mais geral da democratização, o que os aproximava dos objetivos do movimento sanitário, cuja atuação não se restringia à questão sanitária, mas sobretudo estava integrada ao movimento para a derrubada do governo militar.

Ainda na década de 70, integraram-se ao movimento sanitário as ações de dois grupos de profissionais de saúde: os médicos residentes e o Movimento de Renovação Médica. Embora de caráter profissional, no contexto de mobilização contra o regime autoritário esses movimentos assumiram uma postura política e se inseriram nas questões mais gerais da sociedade, particularmente a crítica da política de saúde, reforçando as propostas de transformação. As conseqüências dessa política incidiam diretamente sobre a categoria médica, sob a forma de progressivo assalariamento, uma vez que os médicos perdiam sua característica liberal, tornando-se assalariados, predominantemente no setor público, mas também nas empresas de medicina de grupo. O reflexo dessa nova condição se deu no interior das entidades de classe, ocorrendo o desenvolvimento da ação sindical e da utilização de instrumentos de ação de trabalhadores, particularmente as greves.

No caso dos residentes, o período coincide com uma mudança de postura da Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), que passou a buscar a regulamentação trabalhista do médico residente, deixando de limitar sua atuação à dimensão educacional da residência médica. Em 1979, os médicos residentes participaram de lutas gerais da sociedade, particularmente a campanha pela anistia, e endossaram algumas propostas do CEBES, como a idéia de que saúde era um dever do Estado.

O “Movimento de Renovação Médica” surgiu em 1978 como oposição ao discurso liberal das lideranças médicas tradicionais, assumindo sua condição de categoria assalariada. Suas propostas foram bem recebidas, e em pouco tempo conquistaram as mais importantes entidades da categoria, particularmente a AMB, nas eleições de 1981. O Movimento de Renovação Médica assumiu também a postura de oposição ao regime militar e de denúncia à “mercantilização da medicina”, fazendo oposição ferrenha à medicina de grupo<sup>126</sup>. De 1978 a 1981, a categoria médica esteve envolvida em movimentos coletivos e se articulou com outros sindicatos de trabalhadores. Nesse último ano, ocorreu uma greve nacional dos médicos, na qual, além das reivindicações por melhores salários e condições de trabalho, questionavam a própria política de saúde e reforçavam as propostas de sua transformação no sentido preconizado pelo movimento sanitário.

O CEBES participou do processo de reorganização e renovação das entidades profissionais médicas, assumindo a posição dos profissionais assalariados, criticando os interesses empresariais representados pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE).

Nos anos 80, a discussão da reformulação da política de saúde ganha a adesão dos movimentos populares em saúde (MOPS), que se desenvolviam desde a década anterior mas que só então passam a incorporar as propostas do movimento sanitário, entre elas, a crítica à medicina privada financiada pelo setor público. Esses movimentos proliferaram em torno de associações de moradores e outras entidades de bairro em

---

<sup>126</sup> O que caracterizava o movimento de renovação médica era, segundo Célio de Castro, presidente do Sindicato dos Médicos de Minas Gerais no período de 1980/86, integrante desse movimento: “a defesa intransigente dos direitos dos médicos, mas com o compromisso fundamental de melhorar sempre o atendimento prestado à população. Acho que esse lema sintetiza todos os ideais, não só meu, mas de uma geração” (entrevista para o sindicato, publicada em: SINDIMED/MG – 30 anos, 2000:31).

favelas e bairros pobres das periferias das grandes cidades (Gerschman, 1995)<sup>127</sup>. Os MOPS se organizaram em torno de reivindicações por melhores condições de vida, saneamento, postos de saúde, água, esgotos, moradia, transportes etc. e tiveram presença marcante de médicos, profissionais e agentes de saúde vinculados à experiência de medicina comunitária, e na sua maioria ligados ao Partido Comunista Brasileiro (PCB), sofrendo também influência da Igreja progressista, por meio das Comunidades Eclesiais de Base. A partir de algumas experiências de medicina comunitária, que previam a participação de agentes de saúde da própria comunidade, começou a se articular o movimento popular em saúde. Na sua primeira fase, de caráter mais reivindicativa, procurava uma atuação independente, de tal forma que a política nacional de saúde não se constituía como um eixo de sua ação. Em uma segunda fase, já no período da “Nova República”, o movimento popular adquiriu maior politização, com a articulação de associações de moradores de diferentes bairros em Federações de Associações de Moradores nacionais e estaduais, o relacionamento com outros movimentos sociais e sindicais, e a atuação no sentido de se desvincular das lideranças religiosas e técnicas.

Em síntese, o movimento pela reforma institucional do setor saúde partiu de uma teoria sobre a determinação social da saúde, construiu uma proposta de reforma da política de saúde a partir da crítica ao modelo vigente, estabeleceu estratégias para divulgação das idéias e propostas, e conseguiu articular um conjunto diversificado de atores em torno delas. Na conjuntura de insatisfação com o regime autoritário e no movimento de constituição de um novo pacto no país, foi possível superar os objetivos e interesses setoriais ou corporativos na afirmação de uma alternativa para o setor saúde, cujo conteúdo principal era a universalização e a responsabilidade pública, em oposição clara ao modelo segmentado e híbrido que caracterizava a política de saúde. Como define Vaitsman (1989:153), o movimento sanitário:

É um movimento que reúne intelectuais, profissionais da área de saúde, organizações e associações, tendo como referencial ético a saúde como valor universal, o que só pode ser concretizado através da reformulação do sistema, para atingir a universalização e equidade. Para tanto, o movimento apresenta um conjunto de propostas políticas e técnicas que se consubstanciam enquanto uma ‘Reforma Sanitária’...

O Movimento Sanitário não é um grupo de interesses e nem é formado por grupos de interesses. Embora dele possam fazer parte grupos de produtores (médicos, por exemplo) e de consumidores (usuários, potenciais ou reais, dos serviços de saúde), organizações de

---

<sup>127</sup> Essa análise do movimento popular em saúde é extraída do trabalho de GERSCHMAN, Silvia. A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

representação de interesses e partidos políticos, o que o caracteriza enquanto movimento é o fato de ele aglutinar além de indivíduos, entidades de diferentes naturezas funcionais, organizacionais e políticas, com uma proposta ético-política visando interesses coletivos.

Com essas características, o movimento terá um papel fundamental no processo de democratização e de formulação de uma imagem-objetivo para a política de saúde do Brasil, mas 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 as propostas contrárias a partir dos interesses constituídos ao longo do desenvolvimento da política de saúde.

#### 4.2.2 Crise e projetos institucionais inovadores da década de 70

No âmbito da política de saúde, o contexto em que se articulou o movimento sanitário caracterizava-se pela preponderância da Previdência Social e pela ênfase na assistência médica curativa, montada sobre uma rede de prestação de serviços predominantemente privada. Paralelamente, expandia-se a assistência privada, incentivada por decisões governamentais. Contra esse modelo vai se orientar o movimento sanitário a partir da crítica ao crescimento do setor privado com o financiamento do setor público. No interior da Previdência já existiam correntes de pensamento não afinadas com os interesses empresariais e com o grupo técnico-burocrata de tendência privatista que comandava a instituição, identificada como o espaço onde se consolidou uma aliança entre os interesses privados e a burocracia estatal. Esse pensamento divergente defendia o fortalecimento do setor público e, embora numericamente reduzido, encontrou na crise financeira da Previdência uma conjuntura favorável para a crítica ao modelo hegemônico, de tal forma que a crise contribuiu para uma modificação na arena política<sup>128</sup>.

A prioridade dada aos projetos sociais como mecanismo de legitimação do governo Geisel (1974-79) abriu espaços institucionais no Ministério da Saúde para técnicos com

---

<sup>128</sup> Conforme foi visto no capítulo 2, a crise se expressou de forma aguda em meados da década de 70 e tinha como um de seus determinantes a dificuldade de financiamento da expansão de cobertura da assistência médica previdenciária por meio da contratação de serviços privados, de alto custo e indutor de corrupção em função do mecanismo de pagamento predominante.

pensamento diferente do predominante. Nesse período, desenvolveram-se projetos orientados por propostas transformadoras para o sistema de saúde que expressavam a crítica ao modelo de prestação da assistência, apontavam para modelos alternativos e indicavam a penetração de um projeto ideológico de reforma sanitária. Em alguns aspectos, eles afinavam com as propostas de racionalização e modernização administrativa típicas do período, as quais, no caso do setor saúde, sofriam grande influência da OPAS. Nesse contexto, inserem-se as propostas de extensão de cobertura e de participação comunitária, buscando-se coordenar recursos, reduzir custos e realizar uma alocação tecnicamente planejada dos recursos (Cordeiro, 1979:41)<sup>129</sup>. Apesar de não terem afetado substancialmente o modelo prevalecente, esses projetos motivaram a reação dos setores favorecidos na trajetória da política de saúde, contribuindo para a explicitação das divergências ideológicas e de interesses.

O primeiro desses projetos foi o Plano de Localização de Unidades de Serviços (PLUS), criado em 1975 mas derrotado a partir do enfrentamento com os interesses dos prestadores privados, apoiados nos consistentes anéis burocráticos da Previdência Social. A partir das diretrizes de modernização administrativa e de expansão física por meio do planejamento racionalizador, o Plano experimentou uma metodologia de programação de serviços a partir de necessidades normatizadas da população confrontadas com a oferta de serviços e que apontava para a universalização num momento em que os serviços de saúde estavam restritos institucionalmente aos segurados da Previdência e propunha medidas que privilegiavam a rede pública. A reação dos prestadores privados se dirigia contra o que denominavam de pensamento “estatizante” e teve força suficiente para barrar o PLUS (Escorel, 1998).

No mesmo ano, desenvolveu-se o Projeto Montes Claros (PMC) como uma aplicação regional de certas diretrizes de um modelo alternativo de organização dos serviços de saúde e no qual foram experimentados princípios defendidos pelo movimento sanitário que seriam consagrados nas mudanças constitucionais posteriormente, como: universalização, regionalização, hierarquização, administração democrática, integralidade da assistência e participação comunitária. O PMC também enfrentou oposição de forças conservadoras dentro do Ministério da Saúde, mas principalmente

---

<sup>129</sup> Como aponta Rodrigues Neto, ao mesmo tempo em que assessoravam o governo, os integrantes do movimento sanitário assessoravam parlamentares para questionar as ações e políticas do próprio Ministério da Saúde, como uma “tática *sui generis*” de investir nas contradições, além “de propiciar o acesso de informações privilegiadas, que eram repassadas tanto ao movimento, como para jornalistas e, especialmente aos parlamentares a ele vinculados, para pronunciamentos, arguições e denúncias” (1997:66).

dos interesses privados vinculados à burocracia que dominava a política previdenciária, uma vez que a participação da Previdência Social no financiamento era imprescindível para a manutenção do programa. Essa oposição foi capaz de inviabilizar o projeto, mas o PMC obteve apoio de outros grupos do movimento sanitário, como os sindicatos médicos, os movimentos dos profissionais de saúde, o CEBES, o movimento estudantil e a universidade. Sem ter alcançado seus objetivos, o PMC, entretanto, foi expandido para outras partes do país, por meio do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que adotará uma estratégia semelhante.

Criado em 1976, o PIASS seguiu um modelo de medicina comunitária e de extensão de cobertura com o oferecimento de serviços básicos, conforme preconizado por organismos internacionais e tendo como referência experiências municipais de projetos alternativos. Priorizava a região Nordeste, particularmente vilas e povoados rurais. Isso se justificava pela carência da região, mas também por razões político-estratégicas, uma vez que eram “áreas e populações fora dos interesses privados do setor saúde” (Rosas, 1981:99, *apud* Escorel, 1998:159), concentrados nas regiões Sul e Sudeste. Embora o comando gerencial coubesse aos sistemas regionais de saúde, a Previdência Social participou pela primeira vez de forma financeira e programática, em um programa de saúde pública – que institucionalmente cabia ao Ministério da Saúde – por meio de ações que contrariavam o pensamento privatizante hegemônico. O PIASS significou o fortalecimento do setor público, particularmente do Ministério da Saúde, coordenador do programa, e das secretarias estaduais, uma vez que as ações se faziam em cooperação entre as duas instâncias governamentais. Foi nesse espaço institucional que se desenvolveu entre técnicos e profissionais uma crítica mais forte à política de assistência à saúde conduzida pelo INAMPS e suas diretrizes orientaram as propostas do movimento sanitário. O PIASS teve outro efeito político relevante ao propiciar o aparecimento de uma frente política dos secretários de saúde envolvidos no programa, com o objetivo principal de reivindicar recursos da previdência social. Em 1980, esses últimos organizaram o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) que veio a se constituir como mais um ator que se juntará ao movimento reformista da saúde, identificado com o fortalecimento do setor público.

#### 4.2.3 Aprofundamento da crise e iniciativas reformistas na década de 80

Se na década de 70 configurou-se um discurso alternativo no âmbito da sociedade e ensaiaram-se algumas práticas governamentais alternativas, na década seguinte, durante o último governo militar, desenvolveram-se propostas mais globais de reformulação da assistência médica em um contexto identificado pelo aprofundamento da crise da Previdência Social. Entre as causas apontadas para a crise financeira estão a contradição estrutural de um sistema em expansão com crescente absorção de faixas da população coberta em direção a um modelo de cidadania universal, sem alterações no regime financeiro baseado no modelo de relação contratual; a queda dos salários reais e a redução do crescimento do emprego, em função de recessão econômica, desacelerando a receita de contribuições para a Previdência; o aumento das sonegações e a diminuição das transferências da União; os problemas na arrecadação e gestão dos recursos; o alto custo dos serviços de assistência médica; a corrupção facilitada pelos mecanismos de financiamento; e as dificuldades de controle do setor privado prestador de serviços.

No debate sobre a crise, ficava bem configurada a arena política da assistência médica e delineavam-se várias propostas, polarizadas entre a priorização do setor público, de acordo com as idéias do movimento sanitário, e a privatização da assistência, expressando os interesses constituídos no setor saúde. As companhias de seguro, em proposta apresentada pelo Instituto de Resseguros do Brasil, sugeriam a eliminação da assistência médica do plano de benefícios e serviços da Previdência Social, impondo-se o seguro saúde privado compulsório. Por sua vez, a ABRANGE, tirando proveito das críticas à assistência médica previdenciária que convergiam para o setor prestador de serviços contratado pela Previdência Social e representado pela FBH, defendia a medicina de grupo como a alternativa mais racional e econômica, propondo a extensão dos convênios com empresas. Um dos espaços em que se expressavam esses interesses em disputa foram as audiências públicas na Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, que se tornaram palco de intensos debates.

Nesse momento, o movimento sanitário já estava organizado e reconhecido como interlocutor na arena de saúde e, a partir de ampla mobilização, conseguiu ocupar espaços institucionais importantes, com o objetivo de tentar mudar a direção da política pública, além de estabelecer contatos com outros movimentos pela democratização do

país<sup>130</sup>. O contexto de crise da assistência médica previdenciária favoreceu as propostas de mudança, que tinham também um sentido racionalizador, de tal forma que o projeto do movimento sanitário vai se configurar como uma solução para a crise.

Com o objetivo principal de conter custos, de uma perspectiva racionalizadora, desenvolveram-se propostas de reformulação no interior da Previdência Social que tinham as seguintes características: privilegiamento do setor público prestador de serviços; integração institucional por meio de instâncias colegiadas de gestão e programação conjunta; desconcentração das ações de saúde para os níveis estadual e municipal; e participação de entidades representativas da sociedade civil na formulação das políticas de saúde.

O primeiro projeto da década foi o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), proposto por técnicos do setor público, em 1980, enquanto proposta de reformulação ampla da política de saúde. O PREV-SAÚDE buscava traduzir as experiências institucionais anteriores e incorporava as propostas da Organização Mundial de Saúde e do movimento sanitário. O projeto estabelecia condições para a inclusão dos serviços privados no sistema público, limitando-os aos serviços sem fins lucrativos, de forma que gerou intensa reação. Mesmo sendo reformulado, nunca foi implantado. O debate travado em torno do PREV-SAÚDE, embora estabelecido em torno do discurso, pois não foi tomada nenhuma medida concreta, iluminou o posicionamento dos diferentes grupos e explicitou a luta ideológica em torno de grandes modelos de orientação da assistência médica. Para seus críticos, o PREV-SAÚDE era visto como a estatização do setor; para seus proponentes no âmbito das instituições previdenciárias, apenas como uma medida racionalizadora. Na primeira vertente, explicitando os famosos anéis burocráticos dentro da Previdência Social, juntavam-se na oposição ao PREV-SAÚDE tanto o presidente do INAMPS<sup>131</sup> quanto a FBH e a ABRANGE, embora essas duas entidades empresariais tivessem perspectivas diversas, em função dos seus diferentes interesses: para a FBH, a proposta era estatizante ao marginalizar a rede hospitalar privada com a pretensão de substituí-la pelos serviços

---

<sup>130</sup> Particularmente no período que antecede a transição do regime militar para a “nova república”, vários de integrantes do movimento sanitário ocuparam postos-chave na administração do setor saúde. Essa estratégia gerou críticas internas, sendo considerada por alguns de seus componentes como o abandono das propostas transformadoras que caracterizaram o início do movimento em favor de reformas meramente administrativas. Esse foi um dos pontos de conflito que fraturou internamente o movimento, dividido entre tendências mais ou menos radicais. Sobre essa questão ver, entre outros, Teixeira (1987) e Cohn (1989).

<sup>131</sup> Esse declarou considerar o projeto nitidamente estatizante, ao propor, no seu entendimento, o esvaziamento da empresa privada.



públicos (na sua visão, mais dispendiosos); ao incluir apenas os hospitais filantrópicos e beneficentes; ao retirar incentivos a empreendimentos de cunho lucrativo, negando financiamento à iniciativa privada através do FAS; e por estabelecer maior controle ou eliminação de recursos para contratação de serviços privados. Para a ABRAMGE, o projeto seria estatizante ao propor uma participação muito débil da iniciativa privada, representada apenas pelos hospitais privados e não mencionando as diferentes formas de medicina organizada, entre as quais a medicina de grupo.

No ano seguinte, outra proposta de reforma logrou maior consenso, e foi criado, no âmbito do MPAS, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária-CONASP (Decreto nº 86.329, de 2/9/81) como uma instância reguladora, composto por notáveis da medicina, representantes de ministérios, dos trabalhadores do setor patronal e dos prestadores privados de serviços. O objetivo básico pretendido com a criação do CONASP era racionalizar a prestação da assistência médica e seus custos crescentes, disciplinando o atendimento médico-hospitalar entre hospitais conveniados a partir de uma posição crítica sobre as implicações decorrentes das formas de financiamento do setor privado. Embora não previsse participação exclusiva do setor público, no “Plano CONASP” foi dada preferência à reativação dos serviços públicos<sup>132</sup>, segundo de uma proposta de reversão gradual do modelo privatista. Medidas racionalizadoras estabeleceram um novo sistema de contas hospitalares, substituindo o criticado sistema de pagamento por unidades de serviço pelo cálculo do custo global do procedimento médico, além de impor uma racionalização na assistência ambulatorial, à qual se propunha dar prioridade. O plano de contas hospitalares resultou em diminuição das internações e enfrentou grande oposição da FBH, embora tivesse apoio do movimento sanitário, da medicina liberal e da ABRAMGE, apontando o fracionamento dos interesses privados (Mendes,1993).

O Plano propunha ainda uma redefinição político-institucional, pretendendo criar uma rede única de serviços de saúde pelo estabelecimento de convênios trilaterais entre o Ministério da Saúde (MS), o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e os governos dos estados, por intermédio de suas Secretarias de Saúde, como forma de racionalização dos recursos públicos, passando a privilegiar o financiamento do setor público. A concretização desses convênios viria com as Ações Integradas de Saúde (AIS), enquanto uma estratégia para unificação do sistema de saúde mediante a

---

<sup>132</sup> Foram então tomadas medidas concretas para reativar três hospitais públicos, além de conceder maior dotação de recursos para o setor próprio da previdência social.

integração entre as instituições públicas de saúde federais, estaduais e municipais no âmbito de cada Unidade Federada e antecedentes importantes da reordenação do sistema de saúde após a Constituição de 1988, no sentido preconizado pelo movimento sanitário<sup>133</sup>.

Essa proposta sofreu grande oposição mesmo na direção geral do INAMPS por dirigentes favoráveis à manutenção da política de compra de serviços privados, além de, mais uma vez, mobilizar diferentes grupos de interesse defensores do *status quo*. Os convênios foram implementados inicialmente apenas em alguns estados e municípios, atingindo no final da década cerca de 2.500 municípios<sup>134</sup>.

Em função das alterações observadas na política de assistência à saúde durante os anos 80, alguns resultados, mesmo que bastante tímidos, foram observados. Como consequência das medidas do Plano CONASP, de fato, ocorreu um aumento relativo da produção de serviços ambulatoriais em detrimento das internações hospitalares, que predominaram na política “hospitalocêntrica” dos anos 70, de tal modo que o número de internações no período 1982/87 caiu de 13,1 para 11,7 milhões (Medici, 1990:9). Observou-se também uma participação declinante da rede privada contratada nas internações realizadas pela Previdência Social, que, de mais de 90% das internações, chegando a atingir cerca de 97% do total, reduz-se para 80,3% em 1987, sem que se consiga, contudo, eliminar a forte predominância do setor privado nas internações hospitalares.

Durante toda a década declinaram os gastos da Previdência com a rede privada de saúde, passando de 71,3 % do total em 1981 para 45,9% em 1987, incluindo-se nessa cifra tanto os pagamentos feitos aos prestadores de serviço, lucrativos ou filantrópicos, quanto os repasses para as entidades conveniadas – empresas ou sindicatos (Médici, 1990). No mesmo período, verificou-se uma ampliação significativa dos gastos com os prestadores de caráter filantrópico, que crescem cerca de 76% no período de 1981/87,

---

<sup>133</sup> “A partir de maio de 1984, a estratégia das AIS, tendo como referência as diretrizes contidas no plano do CONASP, passou a ser implementada com base nos seguintes princípios gerais: responsabilidade do poder público; integração interinstitucional, tendo como eixo o setor público; definição de propostas a partir do perfil epidemiológico; regionalização e hierarquização de todos os serviços públicos e privados; valorização das atividades básicas e garantia de referência; utilização prioritária e plena da capacidade potencial da rede pública; descentralização do processo de planejamento e administração; planejamento da cobertura assistencial; desenvolvimento dos recursos humanos e o reconhecimento da legitimidade da participação dos vários segmentos sociais em todo o processo” (Escorel 1998:185).

<sup>134</sup> De acordo com Hésio Cordeiro, então presidente do INAMPS, em depoimento em audiência pública na Subcomissão de Saúde, Segurança e Meio Ambiente durante o processo constituinte (DANC, 17/07/87:189), em 1984, apenas 112 municípios participavam do programa, passando para 840 no final de 1985 (ou 950, de acordo com Mendes, 1993:40). A partir de então, as AIS foram impulsionadas, atingindo, em 1987, 2.500 municípios e 70% da população (idem).

atingindo quase 10% das despesas com os prestadores privados, resultado que expressa a política de priorização dos prestadores filantrópicos. Mas, dada a sua pouca relevância no conjunto das despesas previdenciárias com assistência à saúde, permaneceu ainda no final do período a predominância dos gastos com os prestadores lucrativos, que consumiram sozinhos cerca de 40,5% do total de despesas do INAMPS em 1987. Mas, em termos relativos, houve uma forte queda das despesas com esses prestadores, uma vez que elas permaneceram praticamente inalteradas e, até, em declínio, enquanto as despesas totais do INAMPS cresceram significativamente em mais de 50% entre 1981/1987.

Expressivo acréscimo ocorre com as transferências feitas pelo INAMPS a outros órgãos públicos, expressando a política de ampliação dos convênios com estados e municípios, particularmente através das AIS e do SUDS – outra inovação institucional a partir de 1987. Esse gasto com transferências das despesas com assistência médica do INAMPS salta de 5,7% em 1981 para 30,4% em 1987. Em contrapartida, as despesas relativas aos convênios com sindicatos e empresas vão perdendo importância, atingindo menos que 1% dos gastos em 1987, indicando seu desligamento do financiamento do setor público. Embora as normas que regulamentavam os convênios com empresas não tivessem sido revogadas, o INAMPS deixou de fazer novos convênios na década de 80, além de não renovar os antigos contratos. Ao mesmo tempo, reduziu-se o interesse das empresas pelos convênios em função do valor pago pelo INAMPS, que deixou de ser reajustado, tornando-se irrelevante, além de outras restrições<sup>135</sup>. Expressão da queda de importância dos convênios-empresa foi a diminuição dos recursos gastos com esses convênios, que caíram 86,6% entre 1981/87, passando de US\$ 113,5 para US\$ 15,2 milhões (Medici, 1990:23)

Ao mesmo tempo, o setor privado passou a buscar mercados alternativos, sendo o período caracterizado pela expansão do segmento privado de saúde, independente do financiamento público direto. Essa tendência passou a ser justificada em função dos mecanismos considerados insatisfatórios de reajuste dos valores pagos aos prestadores privados em momento de acentuada inflação. Como expressão dessa insatisfação, ocorre uma redução da proporção de estabelecimentos privados lucrativos conveniados com o INAMPS de 64,6% para 52,8% entre 1980/84.

---

<sup>135</sup> De acordo com Alexandre Lourenço, da ABRAMGE, em depoimento em audiência pública durante o processo constituinte, em 1987 o valor pago pelo INAMPS era de 53 centavos por funcionário assegurado o que representava menos do que 1% do custo da assistência médica prestada pela empresa (DANC, 18/07/87:132).

Enfim, 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 de 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. Mesmo que de alcance reduzido e sem significar uma alteração do modelo de assistência prevalecente, essas experiências e reformas apontaram para um novo desenvolvimento institucional dos serviços de saúde, evidenciando a existência de uma articulação de atores em torno dessa mudança. Além disso, explicitaram o conflito entre diferentes concepções da assistência à saúde, que, grosso modo, podem ser chamadas de publicista e privatista. A concepção publicista, por sua vez, 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 lado, 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 que significava o *status quo*. Esse era defendido pelos portadores da concepção ou ideologia privatista, característica dos principais dirigentes da instituição previdenciária, que, por meio dos anéis burocráticos, defendiam os interesses empresariais do setor saúde. Esse 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, conforme foi visto, 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 conseqüências 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.

### **4.3 O processo decisório da reforma da política de saúde: marchas e contramarchas na mudança institucional durante a Constituinte**

Após a derrocada do regime autoritário, com a ascensão do primeiro presidente da República civil após vinte anos de governos militares, num momento de constituição de um novo pacto social do país, cresceram as articulações em torno da redefinição da política de saúde, que, entre todas as políticas sociais, contava com uma proposta política e substantivamente bem mais articulada. O processo decisório da reforma foi precedido pela criação ou convocação de vários fóruns coletivos, nos quais se foi concretizando, de maneira formal e política, a proposta de transformação da política de saúde. O primeiro deles foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, convocada em 1986 pelo governo federal com o objetivo explícito de obter subsídios para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde. Diferentemente das conferências anteriores<sup>136</sup>, também os usuários dos serviços de saúde foram convocados a participar. No clima de mobilização do período, a Conferência contou com a participação de cerca de cinco mil pessoas, representantes de diferentes segmentos sociais, embora com a ausência dos prestadores privados, sendo considerada um marco na trajetória da reforma sanitária brasileira e do êxito do movimento sanitário em conformar a agenda da saúde. Em primeiro lugar, porque a ampla participação e a representatividade mostraram a visibilidade que a questão da reforma sanitária tinha atingido e a articulação política em torno dela; em segundo, porque o seu relatório final consolida as propostas do movimento sanitário e formaliza o projeto da reforma<sup>137</sup>. Esse relatório foi a base para as discussões que se travaram na Constituinte e cujo resultado final foi a incorporação constitucional de alguns dos princípios básicos defendidos e difundidos pelo movimento sanitário, sintetizados na definição de que saúde é um direito de todos e um dever do Estado.

Um segundo fórum foi a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, constituída após a Conferência, por decisão interministerial dos Ministérios da Previdência, Saúde e Educação e composta de forma paritária por governo e sociedade civil, a quem coube a

---

<sup>136</sup> As Conferências foram instituídas em 1937 como instância decisória da política de saúde, tendo a primeira acontecido apenas cinco anos depois e as demais a intervalos irregulares, apesar da previsão de que fossem bianuais.

<sup>137</sup> Rodrigues Neto chama a atenção que as conclusões da VIII Conferência “não conseguiram consenso no interior do movimento social na área da saúde, por duas vias extremas: uma, pela não inclusão das teses do setor privado de prestação de serviços de saúde que mesmo convidado, negou-se a participar da conferência; outra pela derrota, pelo voto da tese/tática da ‘estatização imediata’, defendida pelos setores sindicais ligados à CUT e pelo PT e PDT, principalmente” (1987:69-70).

elaboração de uma proposta para a Constituinte na esfera de governo<sup>138</sup>. Agregando representantes do governo, dos trabalhadores e da iniciativa privada, essa comissão, apesar das divergências, conseguiu produzir uma proposta comum, formalizando as condições mínimas para a reforma sanitária, considerada um verdadeiro “pacto social na área da saúde” (Possas, DANC, 17/07/87:192).

A contrapartida da comissão governamental no âmbito da sociedade foi a Plenária Nacional de Entidades de Saúde, criada com o fim de dar continuidade à articulação dos organismos da sociedade civil e de elaborar um Projeto Constitucional (Gerschman, 1995:43)<sup>139</sup>. Tanto na Comissão quanto na Plenária, o movimento sanitário original se incorporou a um leque maior de entidades, constituindo-se numa frente de diferentes forças políticas em torno de um projeto. Com uma composição ampla, os conflitos ideológicos não tardaram a se evidenciar, substituindo o consenso maior verificado no período autoritário. A maior polarização no âmbito da Comissão da Reforma Sanitária se deu em função da participação de representantes da iniciativa privada. Mas, além dessa polarização, evidenciaram-se os conflitos intra-segmentos no âmbito dos apoiadores da reforma. O MOPS, durante o processo constituinte, vai sofrer grande cisão entre facções com perspectivas ideológicas distintas e algumas delas negavam a participar na construção de uma proposta governamental<sup>140</sup>. O próprio movimento sanitário como um todo vai apresentar fissuras no seu interior no embate entre reformismo e transformação, na medida em que o projeto socialista de ampla reforma

---

<sup>138</sup> A comissão era composta por 26 membros, representantes de Ministérios (Saúde, Previdência e Assistência Social, incluindo aí o INAMPS, Educação e Cultura, Trabalho, Desenvolvimento Urbano, Ciência e Tecnologia); da Secretaria de Planejamento da Presidência da República; representantes das secretarias estaduais de saúde (incluindo o presidente do CONASS) e das municipais; representantes do Senado e da Câmara dos Deputados; das centrais sindicais (Contag, CGT, CUT); das centrais patronais (CNI, CNC, CNA); pelos prestadores privados de serviços de saúde (Confederação das Misericórdias, Federação Brasileira de Hospitais); por profissionais de saúde (Federação Nacional dos Médicos, Associação Brasileira de Enfermagem); e por representante da Associação de Moradores e Conselho Nacional das Associações de Moradores.

<sup>139</sup> “A Plenária Nacional de Entidades de Saúde estava constituída por entidades representativas do movimento popular (Mops e Conam), do movimento sindical (CUT, CGT e Contag), dos profissionais de saúde (Federações, Confederações, Associações Nacionais, Sindicatos e Conselhos de uma vasta gama de trabalhadores da saúde), dos partidos políticos (PCB, PC do B, PT e PSB) e de representantes da Academia (ABRASCO, Departamento Nacional de Estudantes de Saúde da UNE, entidades científicas) além de entidades representativas setoriais como o Cebes, o Conass e o Conasems” (Escorel, 1998:190).

<sup>140</sup> “Uma facção é mais crítica e radical na sua visão do estado, referindo-se a ele como um espaço exclusivo das classes dominantes. Tem um discurso anti-estado, rejeita qualquer ação estatal e considera que se houver medidas que favoreçam as classes mais pobres, elas terão por objetivo o controle social. Assume, conseqüentemente, uma postura mais ‘autonomista’ e de distanciamento da máquina estatal. A outra facção, ainda que caracterize o Estado como domínio da burguesia, não acredita que seja tão monolítico a ponto de não haver no seu interior fraturas através das quais seja possível pressionar e negociar para a obtenção de conquistas sociais em saúde” (Gerschman, 1995:54). A luta ideológica interna levou a um esvaziamento e à desarticulação do movimento popular em saúde no final da década de 80, cujo último encontro de caráter nacional ocorreu em 1987.

do Estado que deu origem ao movimento foi sendo substituído por uma proposta de mudança na forma de intervenção estatal no setor saúde, com a alteração da política de saúde em direção da universalização do acesso e da descentralização. No decorrer do processo político, foram se ampliando as alianças, o que teve como uma consequência a redefinição do projeto inicial em torno de princípios sobre os quais foi possível obter um consenso maior (Gallo e Nascimento, 1989). No processo de constituição de uma proposta que pudesse ter efetividade política, as idéias do movimento sanitário foram reconfiguradas de forma a acomodar os interesses e as práticas consolidados. Nesse processo, várias idéias do movimento visando a uma maior alteração do Estado não conseguiram influenciar a política.

Paralelamente à discussão da reforma nos fóruns políticos, no âmbito governamental foi dado um passo no processo de mudança institucional, no sentido da unificação e descentralização do sistema de saúde, com a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). Propunha-se, por meio do SUDS a transferência dos serviços de saúde do INAMPS, órgão federal vinculado ao MPAS, para os estados e municípios, juntamente com os instrumentos de controle sobre o setor privado, agilizando o processo de descentralização – um dos princípios básicos da reforma em discussão. Buscava também fortalecer o setor público, desestabilizar o INAMPS, com a ruptura dos anéis burocráticos previdenciários, enfraquecer o segmento privado contratado e reforçar o segmento privado filantrópico (Mendes, 1993:44). O SUDS foi aprovado em julho de 1987, quando a presidência do INAMPS era ocupada por um membro histórico do movimento sanitário. Mas sua implantação gerou grandes resistências de várias frentes, tanto na burocracia pública quanto no setor privado, especialmente da FBH e, até, das elites políticas regionais. Desta forma, só teve resultados efetivos nos estados onde havia envolvimento dos dirigentes locais com a mudança. Expressão da fragilidade das propostas inovadoras no interior da burocracia governamental, mesmo quando formalmente se davam passos importantes no sentido de definir uma ampla reforma da política de saúde, é o fato de que menos de um ano depois de ter criado o SUDS, o presidente do INAMPS foi demitido, juntamente com outros quadros do movimento sanitário que ocupavam posições relevantes na burocracia setorial.

As resistências ao SUDS apontam para as dificuldades de implantação efetiva de mudanças em um contexto político-institucional caracterizado pela constituição de fortes atores e interesses públicos e privados que ofereciam resistência a elas, como

políticos, burocracia do INAMPS e do Ministério da Saúde e o setor privado. Em reação às mudanças, esses atores que defendiam o *status quo* se rearticularam no momento em que, simultaneamente, aprovava-se o capítulo da saúde na Constituição que institucionalizava as mudanças no sentido de universalização da atenção à saúde, unificação das instituições públicas, priorização do setor público e descentralização.

A partir da convocação da Assembléia Nacional Constituinte, a atuação desses grupos e do movimento sanitário passou a privilegiar o processo parlamentar, num momento em que o Congresso se tornava mais permeável à influência da sociedade e se constituía como o *locus* decisório fundamental<sup>141</sup>. Isso se fez inicialmente a partir da Sub-Comissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, primeira etapa do processo de elaboração constitucional de acordo com o regimento aprovado<sup>142</sup>. A composição dessa Comissão expressava as grandes clivagens de interesses, polarizados entre os adeptos das propostas do movimento sanitário, que defendiam a ampliação da rede pública e a participação secundária e transitória de instituições privadas, com prioridade para as instituições filantrópicas e os defensores da iniciativa privada, da livre escolha, do pluralismo do atendimento e da liberdade de atuação do setor privado. Claramente no processo constituinte se explicitaram as duas visões antagônicas sobre a assistência à saúde, definidas como estatizante e privatizante. Se a primeira representava a perspectiva inovadora dos atores que se articulavam em torno da reforma do sistema de saúde, a segunda representava os interesses e concepções forjados na trajetória da política de saúde como efeito de *feedback* do sistema de saúde vigente há mais de duas décadas.

As audiências públicas realizadas no âmbito da Sub-Comissão expressaram as mesmas clivagens e constituíram-se como a arena em que se explicitaram e se articularam os diferentes atores com interesses na saúde. Fato notório era que apenas os defensores das idéias do movimento sanitário tinham propostas mais elaboradas, fruto de um longo processo de desenvolvimento teórico e de articulação política, de tal forma que, em linhas gerais, as principais propostas definidas na VIII Conferência Nacional de

---

<sup>141</sup> Para Rodrigues Neto, constituíram-se durante o processo constituinte vários *lobbies*, entre os quais o do movimento sanitário, diferente apenas por sua organicidade com os interesses sanitários e populares, mas sem deixar de ser um *lobby* (1997:69).

<sup>142</sup> De acordo como o Regimento inicial da constituinte, o processo constitucional tinha o seguinte trâmite: 1) subcomissões, em que em audiências públicas se debatiam com entidades da sociedade civil, lideranças e dirigentes institucionais as reivindicações e propostas e se apresentava um relatório apresentado como anteprojeto para a fase seguinte; 2) comissões temáticas, encarregadas de elaborar o anteprojeto a partir dos relatórios apresentados pelas subcomissões; 3) Comissão de sistematização, encarregada de elaborar o projeto de Constituição para ser discutido, emendado e votado pelo plenário; e 4) Plenário da constituinte.



Saúde como símbolo do movimento sanitário vão ser reforçadas por diferentes categorias, como a CUT, sindicatos de profissionais de saúde e Conselho Federal de Medicina, além de grande parte dos constituintes integrantes da Sub-Comissão. O movimento pôde utilizar seus conhecimentos como recurso de poder no processo de tomada de decisões, os quais naquele momento do processo constituinte, puderam ser utilizados para definir alternativas. Entretanto, a possibilidade de alteração brusca do sistema de saúde a partir dessa proposta suscitou a mobilização e evidenciou o peso e capacidade de articulação, tanto dos representantes das instituições privadas (medicina de grupo, cooperativas médicas e seguradoras) como dos prestadores de serviços privados, unidos na defesa do pluralismo das formas de atendimento à saúde e da liberdade de escolha. Enfatizando a maior eficiência do setor privado vis-à-vis o público, esses setores reagiram contra a proposta de reforma, defendendo a estrutura institucional vigente. Os diferentes atores, representantes das duas visões, são sumarizados por Rodrigues Neto (1997:72):

As considerações e propostas feitas aos constituintes podem se divididas em três grupos:

- as derivadas e orgânicas com a 8ª conferência, apresentadas pela CNRS, pelo CONASS e pelas entidades sindicais, associações profissionais, conselhos federais, ABRASCO, CEBES, entre outras;
- aquelas em defesa da “prática liberal” e da iniciativa privada, representadas pela AMB, FBH, cooperativas médicas, entre outras;
- e as institucionais, especialmente representadas pelas posições dos Ministros da Saúde e da Previdência social, cada qual na defesa da preservação e valorização corporativa da sua pasta.

Entre os interesses institucionais corporativos mais relevantes estava a questão da unificação das instituições de saúde, que significava a absorção do INAMPS pelo Ministério da Saúde e, conseqüentemente, a perda de poder do MPAS, até então responsável pela assistência à saúde previdenciária. Durante e após o processo constituinte a questão da extinção do INAMPS dentro da proposta do Sistema Único de Saúde e como conseqüência da unificação dos órgãos responsáveis pelas ações de saúde, rompendo com a segmentação institucional histórica que caracterizara a política de saúde, foi objeto de acirrada resistência por parte dos seus dirigentes.

Apesar dessas divergências, o relatório aprovado na Sub-Comissão, cuja elaboração contou com a participação de assessores ligados ao movimento sanitário, em geral, expressou as suas propostas, aprovadas por ampla maioria. Entretanto, no âmbito da comissão temática – no caso, a saúde integrava a Comissão da Ordem Social na segunda etapa do processo constituinte – houve maior polarização, sendo que o setor privado

dispunha de maior número de representantes. Mesmo assim, o movimento sanitário conseguiu aprovação de suas propostas fundamentais. Uma novidade foi a incorporação da saúde à seguridade social, sem a constituição de financiamento específico para a saúde, como pretendia o movimento sanitário, decisão que posteriormente vai se revelar um estrangulamento da implantação da reforma.

A fase seguinte do processo constituinte, quando se passou à elaboração no âmbito da Comissão de Sistematização do anteprojeto e projetos para discussão no plenário e posterior aprovação do texto definitivo, foi marcada por conflitos e maior mobilização popular, em função da possibilidade de apresentação de emendas populares. Foi nesse momento que se organizou a Plenária de Saúde, com o objetivo de colher assinaturas para uma emenda da saúde. Se, por um lado, significou a incorporação de novos atores na defesa das propostas relativas às mudanças na saúde, por outro lado, evidenciou a distância do movimento sanitário dos movimentos populares, uma vez que conseguira agregar poucos aliados fora das academias e corporações (Rodrigues Neto, 1997:78). Se a emenda originária da Plenária conseguiu menos de sessenta mil assinaturas, outra apresentada pelas entidades representativas dos interesses privados no setor – FBH, ABH, ABRAMGE, Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde e Instituto de Estudos Contemporâneos da Comunidade – obteve cerca de setenta mil, indicando a agilidade e a capacidade organizativa desses interesses<sup>143</sup>. Além da defesa do livre exercício profissional e do pluralismo de sistemas médico-assistenciais, essa emenda propunha a livre opção do indivíduo entre diversos sistemas de saúde, em confronto direto com as propostas aprovadas nas etapas anteriores. Mas o projeto aprovado na Comissão de Sistematização contemplou os principais pontos da proposta do movimento sanitário, apesar de ter sofrido vários cortes no decorrer do processo.

Entretanto, na votação em plenário – etapa final do processo decisório na constituinte – vão se polarizar os diversos grupos de interesses. No caso da saúde, divididos, de um lado, na defesa do setor público e do sistema único e, de outro, em torno à crítica ao que consideravam como estatização, que unia o setor hospitalar privado, a medicina de grupo, as cooperativas médicas e os representantes da medicina liberal. Esse segundo grupo, entretanto, apresentava clivagens internas e se diferenciava em relação a outros aspectos, particularmente em relação à autonomia ou não frente ao Estado, nesse último

---

<sup>143</sup> Rodrigues Neto compara com outras emendas populares, como a da Reforma Agrária, que obteve mais de três milhões de assinaturas, e a do Ensino Público, que teve mais de um milhão.

grupo se situando o setor hospitalar privado contratado pelo setor público (Rodrigues Neto, op.cit:83):

Ao setor hospitalar privado contratado (ou contratável) interessava o aumento da receita da Seguridade social e uma estratégia de organização dos serviços que viabilizasse a sua participação nesses recursos, sem subordinação técnica ou administrativa ao poder público. Pelo contrário, ao setor de pré-pagamento interessava a possibilidade de captação direta dos recursos sem a intermediação do Estado, isto é, sem passar pelo “caixa” da Seguridade Social; para tal seria necessário a não compulsoriedade de contribuição para a Seguridade Social e a possibilidade de o Estado transferir a esse setor parte da sua responsabilidade na cobertura assistência.

Insatisfeitos com o regimento interno, que dificultava alterações globais do projeto da Comissão de Sistematização, parlamentares mais conservadores, reunidos no grupo que foi denominado de “Centrão”, conseguiram alterar o regimento em pleno processo de votação em plenário. A partir daí e com base nas reivindicações do setor privado, representado por esses mesmos parlamentares, foram apresentados substitutivos que contrariavam completamente o anteprojeto anterior e, mesmo, a política de saúde em vigor. Seguiu-se uma fase de debates e negociações acirradas, além de intensa mobilização tanto por parte da plenária de saúde quanto dos representantes do setor privado. O centro da discussão era a definição da “natureza pública ou não dos serviços de saúde, com suas implicações decorrentes sobre o relacionamento entre os setores públicos e privados” (Rodrigues Neto, op. cit: 84). O acordo que se conseguiu contemplou a reivindicação do setor privado, explicitando-se o direito da iniciativa privada de participar das ações de saúde e, de outro lado, as do movimento sanitário, incluindo a exigência de contrato público para a participação complementar da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde. A adoção do contrato público como regra jurídica de relacionamento entre o Poder Público e as instituições privadas de assistência médica indicou a soberania do Poder Público e do interesse coletivo em detrimento de interesses particulares.

Como aspectos fundamentais do texto constitucional aprovado em outubro de 1988, destacamos: a adoção de um conceito de saúde enquanto articulação de políticas sociais e econômicas e que não se restringe à assistência médica; o estabelecimento da saúde como direito social universal; a caracterização das ações e serviços de saúde como de relevância pública; e a criação de um Sistema Único de Saúde, organizado segundo as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da sociedade. O texto constitucional refletiu os acordos entre diferentes atores, com participação importante

dos constituintes que eram apoiados por pessoas e grupos que vinham construindo o projeto da reforma sanitária. Outros segmentos, particularmente o de planos e seguros privados, conseguiram resguardar a liberdade de atuação da iniciativa privada no campo da assistência à saúde, ficando fora da agenda a interferência sobre o setor privado. Isso aconteceu apesar de a saúde ter assumido a condição de função pública ao definir suas ações e serviços como de relevância pública, reafirmando-se, assim, as prerrogativas do Poder Público na sua regulação, fiscalização e controle, independentemente do regime de propriedade do provedor (Fleury, 1997:35). Além disso, a Constituição vedou a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções a instituições privadas com fins lucrativos, mas não tratou da questão dos subsídios indiretos ao sistema de saúde privado, que permaneceu no campo das não-decisões, preservando, portanto, o estado de coisas vigente.

O acordo entre os interesses diversos, que foi possível construir na Constituinte, traduziu-se nas ambigüidades do texto constitucional, levando, na expressão de Mendes (2001:96), “a uma dualização jurídica”, ao criar-se um sistema público de inspiração socialista no artigo 196, a partir de um ideário do movimento sanitário de estatização progressiva do sistema de saúde e, ao mesmo tempo, no artigo 199 – que afirma que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada –, abrir-se espaço para a expansão do sistema supletivo e da medicina liberal. A flexibilidade e a liberdade de atuação no mercado como consequência da “não decisão” de regulamentação durante o processo constituinte permitiram ao setor privado o desenvolvimento de diferentes alternativas e estratégias para captação de clientela. No mesmo artigo 199 garantiu-se a participação do setor privado no SUS em caráter complementar, aludindo-se isso à prestação de serviços. Ao se considerar a participação complementar, a proposta era priorizar a rede pública e a privada sem fins lucrativos<sup>144</sup>.

Paradoxalmente, ao mesmo tempo em que a Constituinte reforçava o setor público na prestação de serviços de saúde, as reformas desencadeadas no âmbito da Previdência Social sofriam grande retrocesso e os representantes do movimento sanitário perdiam espaços institucionais conquistados anteriormente, não permanecendo, após 1988, nenhum deles em cargos de direção. Embora as tentativas de transformação do sistema

---

<sup>144</sup> Depoimento do presidente da ABRAMGE/MG é esclarecedor do embate que se travou durante o processo constituinte entre as duas posições antagônicas: “Nós tivemos na Assembléia Constituinte uma atuação muito importante, porque sentíamos naquela época uma tendência estatizante muito grande.... E nós tivemos muita dificuldade; tivemos que fazer muito conchavo político para criar o artigo 199 da CF/88, porque no momento em que tivéssemos só o artigo 196 a iniciativa privada ficaria praticamente fora da atividade, pois nem citada ela foi. Nós conseguimos reverter esse quadro e criamos o art.199, que garantiu à iniciativa privada a permanência de suas atividades” (entrevista realizada em outubro/2002).

de saúde com a ocupação de espaços institucionais tenham produzido avanços no sentido da reforma sanitária, estes foram difíceis de serem mantidos no âmbito burocrático.

Isso reflete a mudança de rumo que caracteriza o segundo momento do primeiro governo civil e no qual as preocupações sociais no sentido de ampliação da democracia substantiva que tiveram força na primeira fase do governo serão substituídas pelas propostas conservadoras que tinham caracterizado o período autoritário. Essa situação, em grande medida, reflete o processo de democratização do país, caracterizado como um pacto interelites, a maioria delas sendo as mesmas que integraram o governo autoritário. No caso da saúde, não vai ser diferente, e a reforma constitucional vai conviver com o recrudescimento de propostas conservadoras e privatistas, vinculadas aos interesses consolidados na trajetória da assistência. Com isso, ocorre um retrocesso nas mudanças institucionais que tinham começado a ocorrer após a criação do SUDS no sentido da descentralização, integração institucional e reforço ao setor público na prestação de serviços, ao lado da saída de quadros políticos reformistas da Previdência Social. Será nesse quadro que se dará início nos anos 90 à implantação da reforma definida no plano jurídico-formal.

#### **4.4 A implantação da reforma na década de 90**

No processo decisório que levou à mudança nas regras da assistência à saúde de caráter público fizeram-se sentir os efeitos das políticas anteriores sobre o processo político, na medida em que, ao configurar os interesses privados, as decisões anteriores alteraram o conflito político. No confronto entre “novos” e “velhos” atores, entendidos os últimos como aqueles constituídos no percurso da política de saúde, é que foram feitas as escolhas que definiram as novas regras formais, as quais permitiram a convivência da mudança com a continuidade. As ambigüidades do texto constitucional, que mesmo reforçando a atuação estatal preserva as formas privadas de assistência, refletem o ajustamento entre as alternativas inovadoras e os padrões consolidados.

No momento de implantação da reforma essas ambigüidades se farão sentir e, juntamente com outros efeitos das políticas prévias, colocarão limites à implantação de um sistema de saúde efetivamente público, universal e único, conforme definido na Constituição. Passada a conjuntura especial de reordenação político-institucional do país, caracterizada por ampla mobilização em torno da democratização que

favoreceu a articulação de atores diversificados, resultando em alterações substantivas nos princípios e ordenamentos da política de saúde, na década de 90 colocou-se a tarefa de transformar os dispositivos formais/legais em realidade. Mais do que uma mera tradução prática de decisões, a implantação da reforma se mostrou, de fato, como um processo ainda de formulação da política de saúde, cujo resultado será a consolidação de um sistema híbrido – público e privado – no caso da assistência à saúde, apesar da definição legal de um sistema único, público, universal e gratuito.

Para a análise desse processo, parte-se aqui do pressuposto de que a implantação de uma política exige decisão e iniciativa governamental, instrumentos para efetivá-la, entre eles a disponibilidade de recursos financeiros e suporte político organizado, particularmente por parte dos grupos sociais afetados positivamente pela política. Nesta seção serão analisadas as possibilidades de atendimento dessas exigências para a implantação do SUS, interpretando-as a partir da confluência dos efeitos da trajetória da política de saúde com fatores conjunturais de natureza econômica e política, em contexto de reformas econômicas e desfavorável à ampliação da atuação do Estado e de políticas universalistas. Os efeitos de *feedback* da configuração de uma determinada estrutura institucional para a assistência à saúde se manifestam de várias maneiras, afetando a disposição e capacidade governamental e conformando as preferências e a interpretação da realidade dos atores que poderiam dar suporte político mais ativo à implantação da reforma da saúde. Expressando essa trajetória, sugere-se que a implantação do SUS vai ser um processo cheio de contradições, no qual, ao mesmo tempo em que o SUS de fato se institucionaliza e se torna uma realidade, contando inclusive com o apoio de outros atores constituídos a partir dele, sua implantação se faz em condições precárias e de forma incompleta, desvirtuando sua concepção. Paralelamente, essa análise indica outras características da dinâmica política brasileira, particularmente a distância entre o plano legal e a realidade, e a forma de relacionamento Executivo/Legislativo na situação de consolidação da democracia.

#### **4.4.1** As condições políticas de implementação da reforma

O contexto político nacional e internacional de implantação do SUS não se mostrou favorável após sua consagração constitucional. A transição democrática no país

se deu com a manutenção no poder das mesmas forças políticas conservadoras ligadas ao regime anterior, sendo que os grupos indutores da reforma, particularmente os partidos e lideranças de esquerda e parcelas dos movimentos populares não tinham ampliado de forma considerável seu poder relativo, além de não contarem de forma efetiva com antigos apoiadores do período de transição, como a categoria médica. A configuração conservadora dos governos que se sucederam no período da transição democrática estava em perfeita sintonia com o ambiente internacional, marcado pela rediscussão do papel do Estado, que se traduzia em propostas de novos modelos de políticas sociais. A partir do questionamento da universalização de direitos, proliferaram propostas de focalização do gasto público nos setores mais pobres da população, deixando para o mercado a produção de serviços sociais destinados aos setores mais favorecidos<sup>145</sup>. Como afirma Draibe (1995:219), antes que se implementassem as diretrizes da agenda de reforma social da transição democrática, esgotaram-se os conteúdos de suas proposições e, ao mesmo tempo em que teoricamente avançava a implementação, desenhava-se outra agenda de reformas.

Ao processo de democratização se seguiram os de ajuste e estabilização econômica, acompanhados das reformas estruturais iniciadas no governo Collor, que iam em sentido inverso à ampliação das atribuições governamentais e dos direitos sociais recém-consagrados na Constituição, em sintonia com o receituário internacional. A conjuntura de crise fiscal, com suas conseqüências sobre o financiamento dos serviços públicos, associada com o fortalecimento de posições conservadoras e voltadas para o mercado, não se mostrou favorável à implantação do SUS, limitando a possibilidade de ampliação dos serviços de saúde, necessária para garantir a universalização efetiva. Ao se traduzir na redução do gasto público, funcionou como freio objetivo e ideológico à atuação redistributiva do Estado. Particularmente o governo Collor, que assumiu em 1990 como o primeiro presidente eleito após o regime autoritário, foi caracterizado por tentativas de desmontar as políticas sociais e pelo desaparelhamento do Estado, afetando o andamento da reforma sanitária definida no plano legal.

---

<sup>145</sup> Uma boa síntese dos principais diagnósticos e recomendações de políticas sociais elaborados pelas agências multilaterais atuantes na América latina é feita por Lopes (1994). Particularmente, as recomendações do Banco Mundial sugerem que o gasto social deve ser focalizado nos estratos mais pobres, especialmente em período de crise, sendo que a universalização é injusta ao beneficiar pessoas com necessidades e recursos diferenciados. Um exemplo de análise prescritiva das formas de intervenção do Estado no setor saúde a partir do enfoque do Banco Mundial é encontrado em Musgrove (1996). A idéia defendida é que, exceto para os pobres, a intervenção pública na assistência à saúde deve ser limitada e com menor financiamento público.

A regulamentação do texto constitucional foi retardada, existindo setores contrários à implementação do SUS dentro do próprio governo, além de divergências intra-burocráticas sob a forma de sua operacionalização. Foi necessária forte atuação dos grupos pró-reformas junto aos parlamentares para se conseguir a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, que só ocorreu dois anos depois da promulgação da Constituição, e em duas etapas (Leis 8080/90 e 8142/90), demonstrando o embate político necessário para tornar o SUS realidade. Aprovada uma primeira versão (Lei nº 8080/90), a Lei Orgânica teve artigos importantes vetados pelo presidente da República, e somente após pressão e articulação da Plenária das Entidades de Saúde e de outros órgãos, particularmente o CONASEMS, é que foi apresentado e aprovado novo Projeto de Lei (Lei nº 8142/90) contemplando a regulamentação dos dispositivos constitucionais vetados anteriormente<sup>146</sup>. No conjunto, essa legislação se limitou ao sistema público de saúde deixando de regular o sistema privado autônomo. Os mesmos grupos que atuaram na constituinte – particularmente governo, movimento da reforma sanitária, secretários municipais e empresários de saúde – buscaram influenciar o processo de tramitação da Lei Orgânica, negociando com os parlamentares no âmbito da Comissão de Seguridade Social.

Na regulamentação da Lei Orgânica, por meio de uma Norma Operacional, foram estabelecidos mecanismos que, de acordo com a avaliação de muitos autores (Carvalho, 1993; Gerschman, 1995, entre outros) representaram um retrocesso em relação à Constituição, além de contrariá-la. Entre eles, mantinha-se a gestão de recursos da saúde pelo INAMPS, instituição símbolo do modelo assistencial anterior, transferido para o Ministério da Saúde em 1990, mas que só foi extinto formalmente em 1993.

Em 1992, foi realizada a IX Conferência Nacional de Saúde, que exerceu um papel importante no sentido de mobilizar a sociedade pela implementação da reforma. O evento teve efeitos positivos, pois após a Conferência o Executivo, pressionado, deu início ao processo de operacionalização do SUS. O tema central da Conferência foi a municipalização, uma das diretrizes básicas da reforma e politicamente considerada um mecanismo institucional fundamental para tornar “a Reforma menos vulnerável ao nível central de decisão” (Gerschman, 1995:140). Ao propiciar deslocamento de poder e

---

<sup>146</sup> Os artigos vetados referiam-se à participação social via Conferências e Conselhos, à transferência automática de recursos para estados e municípios, além da extinção do INAMPS e da descentralização de órgãos como a Superintendência de Campanhas (SUCAM) e a Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP) – redutos conservadores nas instituições de saúde.



facilitar a participação da sociedade na gestão, a descentralização poderia garantir a sustentabilidade da reforma.

O Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) assumiu a coordenação da Comissão Organizadora da Conferência, tendo sido então o ator que demonstrou maior estruturação e articulação política. Desde a década de 80, o movimento municipalista em saúde<sup>147</sup> vinha se organizando, alimentado por experiências de saúde bem sucedidas em alguns municípios e pelo fortalecimento dos municípios em consequência da experiência das AIS, que possibilitou a constituição de uma rede de contatos entre secretários municipais de saúde. A criação do CONASEMS como órgão de representação nacional ocorreu após já terem sido criadas entidades congêneres em alguns estados. No final da década de 80, foram realizados vários Encontros de Secretários Municipais de Saúde de caráter regional e nacional, que tiveram grande repercussão política e reforçaram o movimento em prol da reforma sanitária, a partir do eixo da municipalização. O movimento de secretários municipais será bastante fortalecido após a reforma constitucional, que colocou o município como ator central na política de saúde<sup>148</sup>. Como a reforma tinha como uma de suas diretrizes a descentralização, que tomou a forma de municipalização, o Movimento Municipalista da Saúde obteve apoio da Frente Nacional de Prefeitos, que viu na implantação do SUS a possibilidade de obtenção de recursos e de maior autonomia aos gestores municipais. A ênfase à descentralização levou, assim, à adesão dos secretários municipais de saúde e prefeitos à reforma sanitária – se nem sempre por motivações ideológicas, mas muitas vezes pela possibilidade de captação de recursos.

Isso significa que no processo de implementação do SUS atores governamentais de âmbito local foram incorporados como seus apoiadores<sup>149</sup>. Ao mesmo tempo,

---

<sup>147</sup> Por Movimento Municipalista de Saúde se entende “a articulação, união e organização dos municípios brasileiros, em particular dos serviços municipais de saúde através de seus dirigentes e técnicos, na defesa de um conjunto de temas e objetivos relacionados à descentralização de recursos, de poder e ações no Setor Saúde” (Muller, 1991, *apud* Goulart, 1996:15).

<sup>148</sup> De acordo com depoimento de Eugênio Vilaça Mendes em 1995 (Goulart, 1996:67), se a VIII Conferência tinha sido “feita e conduzida por uma elite de doutrinadores, um grupo restrito de pessoas, o chamado Movimento Sanitário ... a IX foi feita por um conjunto de atores sociais emergentes, verdadeiros novos atores. Quem são? Os secretários municipais de saúde que amarraram a Conferência, que a bancaram e sinalizaram o tema”.

<sup>149</sup> Depoimento de Gilson Carvalho, um dos principais expoentes do Movimento Municipalista da Saúde, em 1995, parece sugerir uma intenção mais formal do que real de se implantar o SUS: “Eu tenho uma hipótese: na aprovação do SUS na Constituição de 88 e também na LOS, a classe política não imaginava os desdobramentos do que se propunha, pois nosso movimento ainda era fraco e pouco respeitado. E havia a grande dificuldade de se contar com gente, quadros que pudessem levar a proposta adiante. E também ter recursos para tanto. Mas o movimento [municipalista] surpreendeu a todos, que **não imaginavam que nós poderíamos tirar a realidade do papel e fazer o SUS**” (Goulart, 1996:68, grifos meus).

atualizaram-se as divergências de interesses em jogo no setor saúde, que durante o movimento pela redemocratização do país tinham sido escamoteados em função da agregação em torno da retomada do regime democrático e da reforma sanitária. Na implantação da reforma, o jogo político se dará muito mais em função das demandas derivadas de interesses específicos, e não mais a partir de um projeto ético de caráter coletivo. A desarticulação das discussões travadas no âmbito da IX Conferência desnudou a “heterogeneidade na composição e nos posicionamentos políticos do movimento social em saúde, à qual se agregou a fragilidade do ‘Movimento Sanitário’ – numa fase de declínio, depois de ter conseguido, durante mais de dez anos, exercer a condução do movimento social em saúde – e a ausência de uma orientação política reconhecida pelo conjunto do movimento social em saúde” (Gerschman, 1995:144)<sup>150</sup>. Entre as principais alterações do movimento sanitário no momento de implantação da reforma, destacam-se: as divergências partidárias em decorrência do fortalecimento e da diversificação das identidades partidárias propiciadas pela democratização; o distanciamento da academia da prática política, que tinha sido o elemento impulsionador do movimento; e as modificações dos movimentos dos profissionais de saúde, com o deslocamento do eixo das lutas políticas dos sindicatos para os conselhos de medicina e com o distanciamento ideológico dos princípios da reforma sanitária concomitante ao aprofundamento do corporativismo, passando a se orientar por questões mais pragmáticas relativas ao exercício da profissão (Gerschman, 1995:55). Com a despolarização das instituições médicas no final da década de 90, na conjuntura de pós-transição, as profundas diferenças na categoria inviabilizaram a possibilidade de uma ação unificada, e o movimento médico se distanciou do projeto básico da reforma sanitária no momento crucial de sua implementação. Após a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, o movimento sanitário não teve mais uma atuação contínua e regular na legislação infraconstitucional, afastando-se do debate parlamentar (Rodrigues Neto, 1997).

---

<sup>150</sup> Stralen (2000:36) sintetiza bem as dificuldades políticas de implantação do SUS: “não há dúvida de que a construção de um sistema de saúde com acesso universal e equitativo tem como condição *sine qua non* um amplo arco de alianças. Era também isso que faltava ao movimento [sanitário]. Além de enfrentar oposição ferrenha do setor privado, o movimento, cuja unidade era forjada principalmente pela existência de um inimigo comum – a ditadura militar –, de fato não contava com o apoio massivo da corporação e nem dos sindicatos de trabalhadores de empresas de ponta. Quanto à corporação médica, faltou uma política de cooptação tal como realizada por exemplo na Inglaterra e Suécia quando ali foram criados sistemas públicos de saúde. E quanto aos sindicatos, prevalecia a preocupação com a garantia de assistência médica a princípios ideológicos. Assim, o avançar do processo de (re)democratização que colocou em evidência interesses divergentes e conflituosos, contribuiu à morte lenta e segura do movimento sanitário”.

Por sua vez, o movimento popular em saúde já se esvaziara desde a década anterior, em função de suas cisões internas, e não foi capaz de garantir o apoio dos usuários dos serviços de saúde à reforma constitucional. Contribuiu para isso não apenas a fraca mobilização política do MOPS, mas a própria característica da reforma, que faz com que os seus benefícios sejam muito dispersos e só perceptíveis a longo prazo pelo conjunto da população, o que fez com que os responsáveis pela reforma não pudessem contar com o apoio mobilizado do público alvo da política de saúde. O baixo grau de envolvimento dos usuários limitou também a constituição de mecanismos de pressão e resistência diante dos obstáculos postos à implementação da reforma, particularmente a contenção sistemática de gastos com o setor (Fundação João Pinheiro, 1999).

Acresce-se a isso o fato de que alguns atores, apesar de garantirem o apoio formal à reforma sanitária, não se constituíram de fato em seus apoiadores efetivos, mergulhados nas contradições entre a postura ideológica igualitária e a defesa de seus interesses corporativos. Entre esses, destaca-se o movimento sindical mais combativo, no âmbito tanto do setor privado quanto do público, cujas categorias, em grande parte cobertas por planos privados de saúde, no âmbito das empresas e instituições públicas, não seriam diretamente beneficiadas com a implantação do SUS. Na medida em que a assistência privada possibilita maior facilidade de acesso, esses atores não têm incentivos concretos para apoiar de forma mais efetiva o sistema público.

A proposta de um sistema de saúde igualitário chocou-se com o legado histórico de uma sociedade marcada pela diferenciação e pela segmentação no próprio campo da atenção à saúde, no qual o processo de inclusão se deu pela incorporação de segmentos privilegiados dos trabalhadores assalariados. Como destaca Mendes (2001), as reformas sanitárias possuem um forte componente ideológico e expressam valores societais vigentes, que, grosso modo, opõem-se entre valores individualistas e auto-interessados e valores solidaristas<sup>151</sup>. No caso brasileiro, a reforma sanitária foi de inspiração

---

<sup>151</sup> O sentido das reformas é dado pelos valores, entendidos como sistemas de crenças, sendo que a estabilidade dos sistemas sociais, entre eles o de saúde, resulta da coerência entre os valores societais e as estruturas simbólicas e materiais desses sistemas. Em cada caso há também, conseqüentemente, uma concepção do papel do Estado e do mercado no financiamento, regulação e prestação dos serviços. Nos sistemas de saúde baseados nos valores individualistas tendem a prevalecer mecanismos de mercado pela via da competição, com a conseqüente constituição de sistemas segmentados que segregam diferentes clientela e no qual cada segmento exerce as funções de financiamento, regulação e prestação de serviços. Prevalecendo valores solidaristas, a tendência é por uma participação diferenciada no financiamento e no acesso de acordo com as capacidades econômicas e nível de risco, oferecendo serviços com base na necessidade e mediante subsídios cruzados. Os sistemas de saúde baseados nesses valores tendem a ser públicos e universais. O modelo segmentado se expressa em alto percentual de população coberta por sistemas de seguros privados e por baixa participação relativa dos gastos públicos sobre o gasto total em serviços de saúde (Mendes, 2001).

claramente solidarista e com pretensões transformadoras que extrapolavam o setor saúde. Entretanto, não se pode dizer que esses valores estavam generalizados tanto na elite governante como na sociedade organizada. Ao contrário, como herança de políticas anteriores, tinham se desenvolvido práticas e, conseqüentemente, valores pouco solidaristas, e não se constituía uma demanda de atenção universal entre os segmentos organizados dos trabalhadores. A origem da Previdência Social no país, na qual se inseriu a assistência médica, não foi o resultado da constituição prévia do sentimento de pertencimento a uma comunidade, mas como forma de o governo getulista buscar apoio de setores até então excluídos do jogo político pela via da corporativização das demandas dos trabalhadores. A história do alargamento dos benefícios previdenciários, entre eles a assistência médica, é também uma história de pressões dos trabalhadores mais organizados no sentido de obter ganhos diferenciados para cada categoria, situação propiciada pela própria configuração institucional da Previdência Social, construída a partir da segmentação por categorias. Conquistas ou concessões de benefícios sociais diferenciados faziam parte do jogo político e eram usadas como moeda de troca, não tendo se constituído em um projeto de cidadania inclusiva.

Essa origem da assistência calcada na diferenciação, primeiro no âmbito da assistência pública através dos IAPs e posteriormente a partir da distinção entre trabalhadores cobertos por planos empresariais e cobertos pela assistência pública, não favoreceu a constituição de uma identidade coletiva e de valores que enfatizassem a solidariedade e o igualitarismo que pudessem dar suporte à reforma, que, pelo seu caráter redistributivo, demandaria coalizões mais amplas<sup>152</sup>. O projeto de ruptura no padrão de intervenção estatal na área da saúde se confrontou com o desenho histórico da cidadania regulada, além do que a reforma foi feita com a constituição de alianças políticas restritas e sem a participação decisiva de atores fundamentais, como os trabalhadores organizados, caracterizando um modelo de construção de reformas pelo “alto”, típico da transição brasileira<sup>153</sup>, ao mesmo tempo em que não existia “um projeto nacional de desenvolvimento que tomasse a questão da desigualdade e da exclusão como o cerne da questão democrática” (Fleury, 1997:34).

---

<sup>152</sup> Paci (1986, *apud* Vianna, 1998:212) destaca que o papel fundamental da oferta pública de bens e serviços vai além de seus efeitos redistributivos e incide diretamente sobre o sistema de valores dominantes na sociedade, introduzindo elementos de igualitarismo e solidariedade.

<sup>153</sup> Depoimento de um participante do movimento da reforma sanitária, do sindicato médico, é elucidativo da fragilidade da participação do movimento sindical: “é importante frisar que o movimento sindical de trabalhadores urbanos (bancários, metalúrgicos, etc.) participaram da luta pela reforma sanitária de uma forma secundária, não como um interesse central. Os trabalhadores dos sindicatos e das categorias mais avançadas, no Brasil, nunca estiveram interessados no sistema sanitário público. E isso debilitou profundamente a luta sanitária no Brasil” (Ferreira, 2000).

Essa situação vai criar grandes obstáculos para a concretização da agenda redistributiva, reafirmando o modelo segmentado de assistência médica no qual os principais beneficiários eram exatamente os trabalhadores das grandes empresas da região Sudeste, onde também se desenvolveu o movimento sindical mais ativo. Analisando as reivindicações de trabalhadores na década de 80, período de afirmação do projeto da reforma universalista, Costa (1995) identificou a constituição de arenas onde atores sociais buscaram assegurar formas privilegiadas e exclusivas de acesso a benefícios sociais, entre eles a assistência médica. Entre os benefícios indiretos que muitos trabalhadores foram capazes de conseguir no período 70/80 figuraram os planos de saúde, potencializando o desenvolvimento de uma oferta diferenciada e estratificada de serviços para os segmentos de maior poder de barganha, na contramão do projeto universalista e gerando uma tensão com essa agenda publicista. Nas décadas de 80 e 90, a demanda por assistência médica diferenciada da pública transformou-se em item da agenda de negociação coletiva<sup>154</sup>.

Paradoxalmente, essa agenda auto-referida das representações sindicais ocorreu num contexto de institucionalização da representação sindical nos fóruns de gestão e formulação das políticas de saúde. Embora nesses fóruns formais teses publicistas fossem defendidas, na ação concreta constituíram um “veto implícito” ao modelo público e universal e fortaleceram a assistência diferenciada prestada pelas empresas<sup>155</sup>.

---

<sup>154</sup> Essa idéia foi reforçada em entrevista com a diretora de saúde do SINTEL e membro do Coletivo de Saúde da CUT/MG, realizada em dezembro/2002, que identifica uma “cultura de planos de saúde”, os quais se tornaram uma demanda dos trabalhadores, que dificilmente encontra resistência das empresas. Para Costa, um determinante dessa tendência é a opção ativa pelo atendimento diferenciado das organizações que articulam interesses, como os sindicatos e as associações profissionais e funcionais, associada a uma “cultura da diferenciação”, que estaria na gênese da cultura associativa sindical. Para corroborar sua hipótese, utiliza dados de convenções coletivas de 1989 e 1990, nas quais não aparece nenhuma referência às políticas de saúde que considerem a população fora do processo produtivo, embora contenham pautas de saúde do trabalhador extremamente inovadoras. Nas convenções de quatro sindicatos de São Paulo estão incluídos entre as cláusulas de saúde os convênios médicos. Em outros acordos identificou a preocupação de garantir o direito à assistência no caso de perda de emprego, o que indicaria que a demanda por serviços supletivos de saúde tornou-se um componente implícito das negociações entre capital e trabalho, em um distanciamento ativo da agenda publicista. Além disso, cita uma pesquisa da Central Única dos Trabalhadores (CUT), s.d., que aponta que quase metade dos sindicalizados da Grande São Paulo dos setores metalúrgico, químico, construção civil, têxtil, bancário, comerciário e transporte coletivo identificava como principal motivo para entrada no sindicato a possibilidade de acesso a serviços sociais (1995:348-349).

<sup>155</sup> Questionando Costa, Bahia (1999) considera que as reivindicações que ele identifica nas pautas de negociação de sindicatos, provavelmente, são para manutenção/renovação/ampliação de cobertura de planos já existentes e menciona estudos das convenções coletivas de trabalho de algumas categorias em São Paulo onde não constam os planos/seguros privados de saúde (Checcia, 1996; Almeida, 1980). Para ela “as informações imprecisas sobre a participação dos sindicatos de trabalhadores no estímulo aos convênios das empresas empregadoras com empresas médicas e seguradoras não permite atestar uma opção ativa movida por uma estrutural e genética cultura pela diferenciação inerente ao associativismo

A postura oficial do movimento sindical mais combativo, representado pela Central Única dos Trabalhadores, foi e continua sendo de defesa do sistema público e de diretos igualitários, embora na prática isso não venha se traduzindo em uma mobilização mais efetiva pela concretização dos princípios do SUS. A discussão da saúde no cotidiano dos sindicatos tem se centrado nas questões da saúde do trabalhador, vinculadas às condições de trabalho e aos benefícios previdenciários, que passaram a consumir muito das energias do movimento sindical, frente a sua vulnerabilidade e ao acúmulo de perdas com o aumento do desemprego desde os anos 90. Pela participação nos fóruns colegiados da estrutura do SUS, as lideranças do movimento sindical se integram ao SUS, mas a questão não parece atingir a categoria como um todo. Essa contradição entre os interesses imediatos e a orientação político-ideológica de defesa das ações públicas de cunho universalista torna o tema da assistência à saúde bastante polêmico e obscuro no movimento sindical<sup>156</sup>.

Esse mesmo paradoxo aparece de forma ainda mais expressiva por se tratar dos atores encarregados da operacionalização da assistência médica pública, nas entidades representativas dos servidores públicos das instituições previdenciárias. Desde o antigo IAPI, os servidores da Previdência Social e, posteriormente, do Ministério da Saúde são cobertos pela GEAP, o maior plano de autogestão do país e um dos mais antigos. Apesar da defesa radical de um sistema único e público nos fóruns formais da categoria, na prática concreta os beneficiários da GEAP, por intermédio de suas entidades representativas, sempre defenderam duramente o que consideravam “direitos

---

brasileiro. Formalmente, a assistência médica suplementar não parece resultar de ‘uma conquista’ pós explicitação de conflitos entre empregados e empregadores e sim da opção espontânea das empresas” (p. 30, grifos da autora). Entretanto, o mesmo argumento arrolado por Bahia para questionar Costa pode também ser considerado válido para a sua interpretação que parte de uma suposição. A carência de dados sobre a data de origem dos planos de saúde de empresa que possam ser confrontados com as convenções coletivas não permite validação de nenhuma das hipóteses, embora os argumentos de Costa sejam logicamente bastante consistentes e corroborados por outros dados.

<sup>156</sup> Entrevista com a diretora de saúde do SINTEL, já citada, é elucidativa dos conflitos vividos pelos sindicatos em momento de enfrentamento de muitas perdas: “A questão da saúde pública está dentro do debate da CUT, mas no âmbito político e de denúncia. Não se discute, por exemplo, implantar uma ação mobilizando as massas de maneira geral, não existe uma ação de peso para obrigar a mudar. Hoje são os sindicatos mais ligados à saúde pública que fazem essa discussão. Se eu não estou dormindo na fila para ser atendido, não tenho disposição suficiente para enfrentar o governo na prioridade à saúde. Plano de saúde no sindicato é uma coisa muito polêmica; havia uma resistência muito grande na CUT a plano de saúde. Sabe aquela coisa que todo mundo sabe que está errado, mas tem uma cortina de fumaça...O plano de saúde é do interesse da empresa, pois de certa forma é uma maneira de segurar o empregado. Nunca precisou brigar por plano de saúde mas muita gente fica nas empresas por causa de plano. De uns tempos para cá as pessoas se acostumaram tanto com plano de saúde que hoje trabalhador nenhum quer ficar sem e o plano de saúde está virando uma cultura. As pessoas estão se acostumando com a idéia de ligar para um médico e ter uma consulta rápida, se precisar internar ter a segurança de que vai ser internado”.

adquiridos” de uma assistência médica diferenciada e de maior qualidade<sup>157</sup>. Essa ambigüidade, na prática, torna a defesa do sistema público quase que mera retórica, retirando-lhe de fato essa importante base de apoio no seio da própria instituição governamental encarregada da assistência médica pública<sup>158</sup>. Ao contrário de experiências em outros países, pelo menos no caso da saúde, o sistema público não encontrou nos servidores públicos defensores importantes das políticas sociais, já que grande parte deles estava coberta há muito tempo por políticas diferenciadas.

O processo de descentralização desencadeado pela reorganização do sistema de saúde após a criação do SUS teve o impacto inicial de deslocar para o nível local a execução da política de saúde, pulverizando as instituições responsáveis pela assistência à saúde. Isso pode ter tido um efeito imediato, particularmente após a extinção do INAMPS, de desagregar o suporte institucional ao SUS. Por outro lado, a descentralização tem provocado o surgimento de novos apoiadores do SUS no nível das prefeituras e das instâncias colegiadas que se organizaram a partir de definições legais no sentido de incluir a participação da sociedade na gestão do SUS. Esse processo de constituição de novos sujeitos na arena da saúde é ainda recente para que possa surtir resultados que alterem a dinâmica política de forma a reforçar o SUS em detrimento do processo de segmentação das clientela a partir do fortalecimento do setor privado. E ainda nessa arena local os funcionários das prefeituras, em muitos casos, também estão cobertos por planos coletivos particulares.

Mais recentemente, pesquisa com os membros do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte-CMS/BH (Fundação João Pinheiro,1998) constatou que os representantes dos trabalhadores de saúde (funcionários da Secretaria Municipal de Saúde, muitos originados do ex-INAMPS) freqüentemente assumiam uma atitude corporativa, no âmbito do CMS, nas questões que envolviam suas condições de trabalho e seus rendimentos, muitas vezes em posição contrária aos interesses dos representantes dos usuários do SUS. Conselheiros entrevistados assumiram que o envolvimento efetivo desses trabalhadores com a defesa do SUS e o suporte do movimento sindical, também

---

<sup>157</sup> Em artigo publicado em jornal interno da GEAP (Jornal da Patronal, Ano II, nº 3, out/90:12), que tem o título de “Os dilemas em torno da Patronal”, afirma-se: “O primeiro dilema que envolve assumir a defesa da Patronal diz respeito ao aparente paradoxo de, por um lado, lutarmos por uma assistência diferenciada, mais cara e de melhor qualidade do que a que é prestada à população em geral através da rede pública. Por outro lado, em termos gerais, defendermos uma melhor assistência pública considerando a saúde como um direito de cidadania e um dever do Estado”.

<sup>158</sup> A esse respeito, ver trabalho de Menicucci (1987) com o sugestivo título: Assistência Patronal: a negação da previdência social no seu próprio seio.

representado no Conselho, de fato se torna difícil, na medida em que os setores mais organizados e os servidores municipais possuem assistência médica diferenciada.

#### 4.4.2 O financiamento do SUS como forma de inviabilização sistêmica

A operacionalização da reforma da política de saúde implicava transformações político-institucionais e organizacionais de grande envergadura. O grande esforço inicial foi promover a descentralização de uma política de longa tradição centralizadora, questão que se tornou o eixo central da implantação da reforma como estratégia para promover a participação da sociedade, alcançar a universalização e tornar as políticas mais eficazes. Para o alcance dos objetivos finalísticos da reforma, o financiamento do SUS é um recurso imprescindível e tem sido o ponto central da discussão política sobre o sistema público, envolvendo não apenas o volume, mas a forma de repasse dos recursos do governo federal para estados e municípios, uma vez que a descentralização se fez na dependência dos recursos federais – principais responsáveis pelo financiamento das ações de saúde<sup>159</sup>.

A discussão do financiamento do SUS realizada nesta seção considera tanto a perspectiva da disponibilidade de recursos quanto a disposição governamental para a viabilização de uma política, avaliada por meio da definição de mecanismos ou fontes de financiamento.

Grande parte das demandas e críticas sobre o sistema de saúde após a criação do SUS é dirigida ao seu financiamento, a cujas deficiências são creditadas as principais dificuldades para sua implantação e para garantir o direito à saúde. Em um contexto de programas de estabilização e de ajuste fiscal, caracterizado pela realização de cortes nas despesas públicas, particularmente por redução dos gastos sociais, tornou-se sedutor atribuir a esse panorama geral a deficiência de recursos para a viabilização do SUS. Ainda mais quando, efetivamente, não se garantiu o maior aporte de recursos necessários para efetivar a universalização de cobertura e a realização da reforma sanitária, que seria “impensável sem os investimentos necessários à ampliação da rede pública de serviços” (Paim, 1991:114, *apud* Fleury, 1997:14). Em uma conjuntura de revalorização do mercado para a produção de bens e serviços, que no caso da saúde

---

<sup>159</sup> De acordo com o Ministério da Saúde, até o final da década de 80 os recursos federais respondiam por mais de 80% das dotações orçamentárias destinadas ao financiamento do sistema de saúde, reduzindo-se para cerca de 70% na década de 90 em consequência do processo de descentralização (MS/Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, 2001:5).



assumiu a forma da proposta de separação entre o financiamento público e a provisão privada, essa ampliação da rede pública foi excluída da agenda pública.

Sem negar esses constrangimentos políticos, ideológicos e econômicos à concretização de um sistema de atenção à saúde que, dadas suas intenções universalistas e igualitárias, possui o caráter claramente distributivo, parece pertinente indagar em que medida havia de fato a intenção governamental de implantar os dispositivos formais da política de saúde estabelecida, mas que seria inviabilizada pelas limitações financeiras. O argumento desenvolvido aqui é que mesmo não negada no discurso, nem mesmo tendo sido objeto de uma redução programática, a atenção à saúde universal e igualitária não obteve condições objetivas de se efetivar, sendo objeto de um veto implícito e de uma inviabilização sistêmica. A ausência de mecanismos efetivos e estáveis para o financiamento do SUS funcionou como um mecanismo indireto para a redução de seu alcance e efetividade. No processo de sua implantação, apenas em raras ocasiões foram questionados os fundamentos básicos do SUS, que no nível discursivo passou a ser considerado uma grande conquista social, como pode ser observado em todo material empírico utilizado, particularmente os depoimentos no Congresso Nacional em diferentes ocasiões e partindo de diferentes atores<sup>160</sup>. Não obstante algumas manifestações de mudanças de postura quanto à universalidade e à integralidade da assistência a ser garantida pelo SUS, o discurso dominante, em geral, não questiona seus fundamentos básicos. Entretanto, essa defesa se torna vazia em termos concretos de efetivação da política, na medida em que a questão do financiamento se tornou o seu *calcanhar de Aquiles*. A ausência de fontes estáveis de financiamento vis-à-vis o aumento da demanda a partir da universalização da cobertura levou a uma degradação da qualidade dos serviços de saúde bastante acentuada nos primeiros anos do SUS,

---

<sup>160</sup> Algumas tentativas de mudanças estruturais no SUS partiram do governo federal, mas que não lograriam apoio para serem encaminhadas, como a PEC 32, propondo alterar o artigo 196 da Constituição e que visava estabelecer limites ao direito à saúde e restringir o dever do Estado na provisão das condições para seu exercício. Essa PEC não foi aceita pela Comissão Especial, criada para emitir parecer em matéria de mudança constitucional, em função das pressões sociais, o que levou o governo a retirá-la da pauta. Outra tentativa foi a proposta de reforma administrativa para a saúde que visava à separação entre a assistência ambulatorial e a hospitalar, a reconstituição de um órgão federal para geri-la e a transformação de todas as unidades hospitalares em organizações sociais. Também, essa proposta foi modificada, mantendo a alternativa de conversão em organização social (Barros, 1998). Em reunião do CNS, realizada em fevereiro de 1997, o presidente da República explicitou uma posição diferente quanto aos princípios do SUS, trazendo de volta teses que preconizam o sistema público para pobres e excluídos e atendimento aos demais por um sistema privado: “Os que têm recursos, crescentemente usarão outros mecanismos e os seguros de saúde, mecanismos existentes em todas as sociedades, é que deverão, por consequência, diminuir o peso sobre o SUS.... Eu acho que os que dispõem de recursos não têm por que apelar para a gratuidade da saúde, se eles tem condições de pagar por um seguro” (*apud* Barros, 1998:89-90).

refletindo os baixos valores da remuneração dos serviços realizados por prestadores públicos e privados, aliados aos constantes atrasos nos repasses da União para estados e municípios.

Com o panorama político, normativo e institucional descrito, não é razoável supor que houvesse, de fato, a intenção de reverter as características do modelo de atenção à saúde. Mas, dado o custo político de uma redução programática das propostas do SUS, em um quadro de consolidação da democracia, a estratégia indireta de inviabilização sistêmica, não garantindo o aporte de recursos necessários à operacionalização do SUS, parece consistente. A descrição da trajetória do financiamento feita a seguir esclarece o meu argumento.

Ao definir um orçamento específico para a Seguridade Social, que, além da Saúde, inclui a Previdência e a Assistência, a Constituição buscou assegurar fontes para seu financiamento<sup>161</sup>. Mas às restrições orçamentárias, em função da crise econômica que caracterizou o período, somou-se o desvio de recursos da seguridade social por diferentes mecanismos, como: sonegação ou inadimplência das empresas; utilização de recursos da seguridade social para cobrir despesas do orçamento fiscal ou para outros Ministérios; e retenção de recursos do seu orçamento. Em função das perdas decorrentes do novo federalismo fiscal após a Constituição de 1988, que transferiu recursos para estados e municípios, a União passou a disputar os recursos das contribuições sociais que representam mais da metade da sua receita tributária (Azevedo e Melo, 1997).

Mas a própria configuração institucional da destinação de recursos para o segmento saúde tornou-o fragilizado diante do segmento previdenciário da Seguridade Social e do Executivo Federal, na medida em que não era o arrecadador de nenhuma de suas receitas e não foram definidas vinculações explícitas para a saúde dentre as diversas fontes que compõem o orçamento da seguridade<sup>162</sup>.

---

<sup>161</sup> “O orçamento da Seguridade Social tem como fontes as contribuições Sociais, sendo mais importantes a Contribuição de Empregados e Empregadores sobre a Folha de Pagamento, a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – COFINS, a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das Pessoas Jurídicas, o PIS, o PASEP, parte da arrecadação dos Concursos de Prognóstico, 50% do Seguro Obrigatório de Acidentes Automotivos, a Contribuição para o Salário Educação, a Contribuição do Plano de Seguridade Social dos Servidores e, a partir de 1997, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira - CPMF” (FJP,1999:107). Mais recentemente, a EC 29/2000 vinculou recursos orçamentários dos três níveis de governo para a saúde.

<sup>162</sup> Nas suas disposições transitórias, a Constituição apenas estabeleceu no artigo 35: “Até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor saúde”. Esse percentual correspondia ao mesmo que historicamente o INAMPS vinha gastando do orçamento da Previdência Social antes da reforma sanitária, que desvinculou a assistência à saúde da Previdência, e foi mantido até 1993.

A partir de 1988, houve um crescimento acentuado dos valores arrecadados pela Seguridade Social, refletindo as alterações constitucionais, mas que não se refletiu na mesma proporção no segmento saúde, que se caracterizou por grande instabilidade na alocação de recursos federais – responsáveis por aproximadamente 2/3 dos recursos gastos pelo SUS<sup>163</sup>. Recursos públicos para a saúde, que já eram poucos, não foram significativamente ampliados de forma a garantir o cumprimento dos dispositivos constitucionais, tendo mesmo havido redução no início da década.

Com a transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde e com sua extinção posterior, fragilizou-se mais ainda o SUS do ponto de vista financeiro. A perda do controle sobre a assistência à saúde pelo Ministério da Previdência Social, responsável pela arrecadação de mais da metade dos recursos do Orçamento da Seguridade Social, por meio da contribuição de empregados e empregadores sobre a folha de pagamento, levou também ao descompromisso em relação à saúde. Sob a alegação de que esses recursos tinham designação exclusiva para o pagamento dos benefícios previdenciários (aposentadorias e pensões), a partir de maio de 1993 o Ministério da Previdência Social suspendeu unilateralmente o repasse dos recursos sobre a folha de pagamento para o custeio das ações de saúde, vinculando esses recursos arrecadados pelo INSS exclusivamente para a cobertura dos gastos com a Previdência. Nesse mesmo ano, o presidente da República vetou o artigo da Lei de Diretrizes Orçamentárias que destinava 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social para a saúde, sob a alegação de ser contrário ao interesse nacional<sup>164</sup>.

Outras fontes do Orçamento da Seguridade Social, como a contribuição sobre o Lucro Líquido e a Contribuição do Financiamento Social, além de disputados por outras áreas do governo, enfrentaram questionamento jurídico no meio empresarial no início dos anos 90, cuja conseqüência foi a indisponibilidade desses recursos por algum tempo. A crise gerada nesse momento provocou uma discussão sobre a necessidade de novas e estáveis fontes de financiamento para a saúde. Mesmo supondo que a efetivação

---

<sup>163</sup> Os valores arrecadados pela Seguridade Social passaram de 6% do PIB em 1988 para 11% em 1996. Mas no mesmo período o gasto federal com saúde caiu de 2,31% do PIB para 1,77% (Fundação João Pinheiro, 1999:108-109). Embora tenha se verificado um crescimento dos gastos com saúde no período de 1987/1989, dá-se uma redução a partir desta data, caindo de US\$11,3 bilhões em 1989 para US\$6,5 bilhões em 1992, exatamente no início da implantação do SUS. O patamar do período pré-constitucional só foi superado em 1995 quando o gasto federal em saúde atingiu 16,2 bilhões de dólares, o equivalente a US\$ 104,1 *per capita* (Lucchesi, 1996).

<sup>164</sup> As LDOs até 1993 mantiveram essa vinculação, conforme previsto nas Disposições Transitórias da CF, sem que isso tivesse surtido efeito prático na alocação de recursos, uma vez que várias atividades, como merenda escolar e pagamento de docentes de hospitais universitários, eram contabilizadas como gastos em saúde (Carneiro, 2001).

da reforma sanitária nos termos propostos por seus idealizadores não figurasse na agenda concreta de ações e escolhas, o mau funcionamento do sistema de saúde público passou a ser uma das faces mais vulneráveis da política social do governo. Apesar dos avanços expressivos em termos de cobertura, da realização de serviços, dos ganhos nos indicadores de saúde e da maior racionalidade e eficiência na gestão dos recursos propiciadas pela descentralização e incorporação do controle democrático por meio do modelo de gestão participativa que fez parte da reforma, os problemas do SUS ganharam muita visibilidade e passaram a ser denunciados em diferentes perspectivas – inclusive pelas operadoras de planos privados que os utilizaram como importante estratégia de marketing (Bahia, 1999)<sup>165</sup>.

A partir de um diagnóstico da crise centrado no financiamento, na segunda metade da década de 90, as evidências e as críticas sobre insuficiência e irregularidade dos recursos destinados ao SUS ganham maior visibilidade, e propostas alternativas entram na agenda pública. Sob forte pressão do ministro da Saúde Adib Jatene para a criação de uma fonte adicional de recursos para financiamento do SUS, que redundou em sua demissão por incompatibilização com a área econômica do governo, e contando com fortes resistências tanto no Congresso quanto nos diferentes segmentos sociais a serem afetados, foi instituída, em 1996, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Para isso ser possível, foi necessário alterar a Constituição, o que foi feito mediante a Emenda Constitucional nº12, de agosto de 1996<sup>166</sup>. Sua aprovação se deu sem mobilização social ampla. Ao contrário, grupos de pressão ligados ao empresariado, à mídia e outros se posicionaram em contrário com vigor (Goulart, 1998). A oposição era bastante previsível, uma vez que, ao ser uma nova tributação a incidir

---

<sup>165</sup> A precariedade das informações anteriores à implantação do SUS dificulta a mensuração dos seus resultados imediatos. Dados trabalhados por Déa Mara Carvalho, em 1998, fazem algumas estimativas nesse sentido. Depois de 1990, quando se iniciou de fato a concretização do SUS, mesmo com as dificuldades de financiamento, estima-se que houve aumento da cobertura em atenção básica da ordem de 30%; a cobertura vacinal de menores de um ano ampliou em quase 50%; o controle pré-natal por pessoal treinado em 15%; a cobertura de partos realizados em instituições de saúde em cerca de 14%; o número de consultas teve uma ampliação de mais de 30% no período de 1987/96; a mortalidade infantil caiu de 57/1000 em 1987 para 33,7/1000 dez anos depois; a mortalidade materna reduziu-se em 30% no mesmo período; a redução de óbitos por causas mal definidas (indicador de falta de acesso a serviços de saúde) caiu de 12% em 1987 para 8% em 1995. Em geral, análises apontam sensíveis avanços não apenas na ampliação da cobertura, mas melhoria da oferta e na qualidade dos serviços, particularmente na atenção primária; desenvolvimento de novas práticas gerenciais; organização de sistema de controle e avaliação mais eficientes (Fundação João Pinheiro, 1997, entre outros).

<sup>166</sup> A EC 12 incluiu nas Disposições Transitórias da Constituição de 1998 o artigo 74, pelo qual foi dada competência à União para instituir contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos de natureza financeira. De acordo com essa emenda, alterada posteriormente, a receita proveniente dessa arrecadação deveria ser destinada integralmente para o financiamento das ações e serviços de saúde.

sobre as movimentações bancárias, viria atingir exatamente os setores que, na sua maioria, não se constituíam em usuários do SUS<sup>167</sup>.

Entretanto, a nova fonte, que deveria se constituir em um recurso supletivo, tornou-se substitutivo, na medida em que passaram a ser desviados recursos de outras fontes do orçamento da Seguridade Social, que em grande parte se destinavam para o setor saúde, como o COFINS e a Contribuição Social sobre o Lucro de Pessoas Jurídicas<sup>168</sup>.

A ausência de fluxos regulares de recursos para a saúde gerou um movimento nacional, conhecido como “Movimento SOS SUS”, liderado pela Plenária Nacional de Saúde, em torno da vinculação de recursos para o setor que não fora estabelecida na Constituição, embora fosse uma proposta do movimento sanitário. Inicialmente contando com a resistência da área econômica do governo, a proposta só veio a se constituir em norma legal com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29/2000, que garante recursos mínimos para o financiamento do SUS sob a forma de vinculação de recursos orçamentários dos diversos níveis de governo. Embora as primeiras Propostas de Emendas Constitucionais (PECs) no sentido de assegurar a destinação de recursos estáveis ao SUS datem de 1993, a discussão só foi acelerada no Congresso a partir de 1998, após obter o apoio explícito do presidente da República e por pressão do então ministro da Saúde José Serra, oriundo da área econômica e pertencente ao partido do presidente, que exerceu o papel de *policy advocate* da Emenda.

Todas as PECs tinham em comum o fato de vincular percentuais das receitas governamentais dos três níveis de governo ou do Orçamento da Seguridade Social para o sistema de saúde, e por essa razão tinham o veto da área econômica do governo. A PEC 169/93, encabeçada por representantes do Partido dos Trabalhadores, então o maior partido de oposição, tornou-se um símbolo do movimento desencadeado para a obtenção de recursos para o financiamento do SUS. Essa mobilização envolveu principalmente os gestores municipais e estaduais, incluindo os Conselhos de Saúde dos três níveis de governo e os conselhos de secretários de saúde, e as entidades

---

<sup>167</sup> A estimativa é de que a CPMF atinge aproximadamente 18% da população, apenas a que mantém contas na rede bancária nacional.

<sup>168</sup> Em 1996 a execução orçamentária do Ministério da Saúde foi de 14,4 bilhões de reais, sem CPMF. Para 1997 esse orçamento passou a ser de 20,5 bilhões de reais, com uma estimativa de arrecadação inicial de aproximadamente 5,3 bilhões de reais da CPMF. Todavia, a arrecadação da CPMF no ano de 1997 foi de 6,7 bilhões, valor 1,4 bilhão superior ao inicialmente previsto. Soma-se a este fato o contingenciamento de 1,7 bilhão no orçamento do Ministério da Saúde, que executou apenas 18,8 bilhões em 97. Isso significa que em 1997 a saúde teve 3,1 bilhões de reais a menos, sendo 1,4 bilhão de excesso de arrecadação da CPMF e 1,7 de corte no orçamento aprovado no Congresso Nacional (Fundação João Pinheiro, 1999:129).

representativas de prestadores de serviços e de profissionais de saúde, além de outras entidades, como a CNBB e o Fórum de Trabalhadores<sup>169</sup>. No Congresso, contou-se com o apoio da Frente Parlamentar de Saúde, de caráter informal e multipartidária, mas com a participação de vários deputados, além de ser discutida na Comissão de Seguridade Social, à qual formalmente competem os assuntos relativos à saúde. A ampliação de recursos para o financiamento do SUS conseguiu aglutinar todos esses atores que, direta ou indiretamente, seriam beneficiados por ela, embora por diferentes razões: os gestores, por estarem premidos pela demanda de serviços e escassez de recursos, e os prestadores de serviço, insatisfeitos com a remuneração de seus serviços pelo Poder Público, vendo nessa PEC uma possibilidade de aumentar seus rendimentos pela garantia de maior estabilidade no financiamento da saúde<sup>170</sup>.

Com a pressão do chefe do Executivo, quando era muito criticado por ter negligenciado as questões sociais, e sob a condução do presidente da Câmara, foi realizado um acordo suprapartidário para aprovar, em tramitação acelerada, tal como queria o ministro da Saúde e com modificações consensuadas entre lideranças partidárias e governo, a PEC nº 82/95, do deputado Carlos Mosconi, do partido governista, que substituiu a PEC 169. Apesar da existência de divergências entre ministros e forte resistência de governadores, por significar a vinculação de recursos em um quadro de difícil situação financeira dos estados, a PEC foi aprovada, sob a forma de uma emenda aglutinativa, com encaminhamento unânime de todos os partidos<sup>171</sup>. Na

---

<sup>169</sup> Outro desdobramento do Movimento SOS SUS foram as denúncias feitas por um grupo de médicos em Belo Horizonte. Segundo essas denúncias, estaria sendo realizada a “roleta russa” no atendimento médico de urgência dos hospitais públicos: por falta de vagas nas unidades de terapia intensiva, os médicos tinham que “escolher” entre quem deveria viver ou quem deveria morrer. Essa situação se explicaria pelo fato de 85% dos leitos hospitalares estarem destinados à ocupação por pacientes particulares ou convênios e apenas 15% aos pacientes do SUS (SINMEDMG, 2000:66). De grande repercussão na imprensa, essas denúncias chamaram a atenção sobre a precariedade do SUS.

<sup>170</sup> Depoimento colhido em entrevista com Rafael Guerra, médico, deputado federal pelo PSDB/MG e integrante da Frente Parlamentar da Saúde, realizada em maio de 2002, é expressivo do processo: “Fomos ao Presidente do Congresso, ao Presidente da Câmara, ao Ministro da Saúde, ao Ministro do Planejamento, ao Secretário da Casa Civil, ao Secretário Geral da Presidência, ao José Serra... e a movimentação foi se ampliando, com a participação da Pastoral da Igreja, da Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina e os outros Conselhos de Especialidades, o CONASS (Conselho dos Secretários Estaduais de Saúde), o CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde). Houve audiências públicas, passeatas, reuniões com bancadas dos partidos... Isso durou quase um ano. Ao final, depois de todas as resistências do Ministério da Fazenda e do Ministério do Planejamento - que eram contra as vinculações orçamentárias, por engessar o orçamento e impedir o Ministro do Planejamento de tomar decisões sobre as prioridades do Governo -, depois de vencer todos os problemas, de discutir exaustivamente o assunto, o Presidente da República apoiou a votação da emenda constitucional, com a condição de que ela implicasse também o financiamento pelos Estados e Municípios”.

<sup>171</sup> No debate parlamentar, houve consenso de que deveria ser vinculado um percentual dos impostos de estados e municípios. Mas a polêmica era relativa ao percentual adequado a ser destinado à saúde sem comprometer os seus orçamentos, forçar aumentos de impostos municipais e, principalmente, gerar a

fase de tramitação no Senado, manteve-se a grande mobilização pela aprovação da emenda, com a participação do próprio ministro da Saúde, demonstrando seu apoio para uma alteração constitucional de forte apelo popular<sup>172</sup>.

A forma de aprovação dessa EC confirma análises sobre os mecanismos que regem as relações entre Executivo e Legislativo e seus efeitos na formulação de políticas públicas (Figueiredo e Limongi, 1999; Pereira e Mueller, 2000; Tavares e Moya, 1997, entre outros). O fato de a Constituição brasileira garantir amplos poderes legislativos ao Poder Executivo<sup>173</sup>, aliado à forma de organização interna do Congresso Nacional, tem efeitos no funcionamento do sistema decisório e tem garantido ao Executivo bastante sucesso na aprovação de sua agenda legislativa. As instituições políticas brasileiras garantem o controle do Executivo sobre a iniciativa legislativa e cria incentivos para que os parlamentares apóiem sua agenda, na medida em que o Executivo controla recursos dos quais os congressistas dependem, o que os incentiva à cooperação. Os estudos sistemáticos realizados por Figueiredo e Limongi têm mostrado que o Congresso brasileiro não se constitui como uma instância institucional de veto à agenda do Executivo, que na maioria das vezes é quem define a agenda do Congresso, tanto no

---

insatisfação dos prefeitos. Para contornar a questão, a EC 29 previu a progressividade do Imposto Predial Territorial Urbano (IPTU) em função do valor, localização e uso do imóvel, e que, embora vinha sendo aplicada por várias prefeituras, estava sendo contestado juridicamente em sua constitucionalidade.

<sup>172</sup> Para ilustrar o conflito para aprovação da PEC da Saúde, é elucidativo trecho de texto publicado no jornal da FBH (ano 1, nº 09, maio de 2000): “A proposta [de Emenda Constitucional] enfrenta um verdadeiro fogo cruzado de interesses políticos, que dificulta sua tramitação no Congresso Nacional. O projeto já foi aprovado na Câmara e teve o sinal verde da Comissão de Constituição e Justiça do Senado. Porém, corre o sério risco de não ser votada em plenário neste semestre nem no próximo. Motivo: o senador Antônio Carlos Magalhães (PFL-BA) promete fazer de tudo para atrasar a votação... os ministros da Saúde, José Serra, e da Fazenda, Pedro Malan, que disputam a preferência do presidente Fernando Henrique Cardoso na sucessão presidencial, são alguns dos principais protagonistas nessa guerra de interesses. Velhos inimigos políticos, Serra e ACM também se colocam em posições divergentes em relação à vinculação de recursos. Serra defende a proposta para aumentar as verbas para sua pasta e o Senador baiano bate o pé e afirma que vai atrapalhar o processo. Ocorre que como presidente do Senado, ACM é quem dá as cartas e tem poderes para fixar o dia da votação. Dessa forma, ele pode por na pauta de discussões quando bem entender. De olho nos possíveis dividendos políticos que a polêmica pode lhe render, o senador Jarbas Barbalho (PMDB-PA) anuncia: ‘Vamos lutar pela aprovação da PEC’.... monetarista e avesso a elevação de despesas, o ministro Malan é contra o projeto defendido por Serra. O presidente Fernando Henrique Cardoso, criticado por não priorizar a área social, se coloca favorável à vinculação de recursos para a saúde. Cauteloso, quer evitar desgastes para seu governo nessa disputa...”.

<sup>173</sup> O poder legislativo do presidente está garantido na Constituição de 1988 por meio de vários dispositivos: a capacidade de legislar por Medidas Provisórias sem aprovação prévia no Congresso, que, conseqüentemente, tem grande influência sobre a agenda do Congresso, dado o ônus de rejeitá-las após terem entrado em vigor; o poder de veto total ou parcial sobre projetos já aprovados no Congresso; e o poder exclusivo de iniciar legislação sobre problemas orçamentários e de administração pública. O Executivo dispõe também de um instrumento importante para interferir na tramitação de uma proposta, que é o pedido de urgência para seus projetos, largamente utilizado como mostram diferentes estudos.

seu aspecto substantivo quanto no ritmo de tramitação das questões, e após a Constituição de 1988 se constituiu no principal legislador de fato<sup>174</sup>.

Embora a EC 29 não tenha sido proposta diretamente pelo Executivo, esse não deixou de definir a agenda tanto no conteúdo substantivo quanto no ritmo de sua aprovação e só quando se empenhou diretamente é que a tramitação foi acelerada. A emenda sofreu as alterações propostas pelo Executivo, que também costurou um acordo suprapartidário para sua aprovação. Formalmente, não foi possível a utilização do instrumento do pedido de urgência, mas na prática o governo definiu quando e o que deveria ser aprovado, conseguindo definir uma descentralização dos encargos financeiros com saúde e preservar a União de uma vinculação mais explícita de recursos para a saúde. Substantivamente, apenas para os estados, municípios e Distrito Federal foi estabelecida uma vinculação de recursos orçamentários, mediante a destinação de um percentual progressivo dos seus orçamentos para o custeio das ações de saúde. Para a União, a EC 29/2000 definiu provisoriamente uma ampliação percentual dos gastos absolutos efetuados pela União no ano anterior e remeteu para uma Lei Complementar a definição dos percentuais mínimos a serem alocados na saúde<sup>175</sup>. Ao ser adiada a solução da questão, a definição dos encargos federais com saúde foi deixada ao sabor da conjuntura política, mantendo-se, em certa medida, a vulnerabilidade do orçamento da saúde, na medida em que os recursos federais ainda são majoritários para o custeio das ações de saúde.

A mudança de postura do Executivo federal, ao passar a defender a aprovação da vinculação de recursos para a saúde, não indica uma intenção de ampliar os gastos federais para o custeio do sistema de saúde. Ao contrário, evidencia, em primeiro lugar, o propósito de deslocar a questão do financiamento da saúde prioritariamente do nível federal para as instâncias subnacionais de governo, forçando-as a ampliar sua

---

<sup>174</sup> Analisando a produção legislativa no período de 1989/1998, Figueiredo e Limongi (1999) constataram que o Executivo, além de ser o autor da grande maioria das leis promulgadas, raramente teve suas proposições legislativas rejeitadas pelo Congresso.

<sup>175</sup> A definição das receitas federais sobre as quais se definiria a vinculação para a saúde foi bastante polêmica na Câmara, e a discussão se polarizou entre a vinculação de um percentual de todo o orçamento da Seguridade Social ou se apenas sobre alguns de seus componentes – a chamada especialização de fontes –, especificamente a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) e a Contribuição para o Financiamento a Seguridade Social (COFINS). A questão acabou sendo remetida para Lei Complementar. Até a aprovação de Lei complementar, o artigo 7º da EC 29 estabelece que no ano de 2000 o recurso mínimo a ser aplicado pela União será “o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento”; e “do ano de 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB”. Para Estados e Municípios define 12% e 15%, respectivamente, de sua receita de impostos e de transferências recebidas, deduzindo-se no caso dos Estados as transferências realizadas para os municípios, valores a serem alcançados progressivamente até o ano de 2004. O gradualismo evita pressões iniciais sobre as finanças dos estados e municípios, permitindo-lhes um ajustamento gradativo.



participação no gasto em saúde e, em segundo lugar, a intenção de desvincular da saúde os recursos da CPMF, o que exigiria como contrapartida o estabelecimento de nova fonte de custeio para o setor. A tentativa de tramitação acelerada da EC coincide com a aproximação do término da vigência da CPMF, aprovada inicialmente com a proposta de ser provisória e destinada para a saúde, mas que, de fato, tornara-se uma importante fonte de receitas para o governo federal. Prorrogada, por meio da EC 21/1999, os recursos decorrentes da arrecadação da CPMF passaram a ser direcionados para o custeio da Previdência Social, deixando legalmente de ter a destinação exclusiva para a saúde, que justificara sua criação<sup>176</sup>. Essa mudança foi mais um veto implícito ao setor saúde, ao mesmo tempo em que, por meio de um jogo de contradições, defendia-se e conseguia-se, aparentemente, a aprovação de mais recursos para a saúde.

A desconfiança sobre a intenção do governo de solucionar o problema de financiamento do SUS foi expressa por parte dos parlamentares oposicionistas e até da base governista durante a tramitação da “PEC Saúde”. Essa desconfiança se baseava em um conjunto de ações em sentido contrário, como os constantes contingenciamentos do orçamento da saúde, a utilização dos recursos arrecadados com a CPMF fora do setor saúde e a retenção de recursos da seguridade social para o Fundo de Estabilização Fiscal. Além disso, outras decisões governamentais não sugeriam uma postura de fortalecimento do setor público, como: a regulamentação dos planos e seguros de saúde, concomitantemente à discussão da vinculação de recursos para o financiamento do SUS, que apontou o interesse de alavancar o crescimento do mercado privado de assistência à saúde; a abertura de hospitais públicos, particularmente os universitários, para clientela privadas via convênios como forma de arrecadar recursos adicionais e que tinha como consequência a restrição de vagas para pacientes do SUS; e a proposta de transformar os

---

<sup>176</sup> As intenções do governo federal transparecem em depoimento do ministro da Saúde em audiência pública realizada em maio de 1998, durante os trabalhos da Comissão Especial constituída para proferir parecer à PEC 29, conforme estabelece a legislação, realizada antes da alteração da CPMF: “Durante a constituinte foram aprovadas mudanças no Sistema Tributário, que aumentaram muito as receitas estaduais e municipais, não a federal.... Mas verificamos que, independentemente de casos isolados, em regiões ou exemplos que aqui possam ser encontrados, na média, as despesas com a saúde encolheram nos Estados, e as dos Municípios não aumentaram. Então eu concluí, ao longo desses anos, que, além da necessidade de um mínimo Nacional [para financiamento do SUS], seria muito importante um mínimo federal para que tivéssemos proporções entre União, Estados e Municípios... A CPMF não é uma receita específica da saúde. Aliás, o Congresso Nacional não a aprovou como tal. O Congresso aprovou uma receita da Seguridade Social. Portanto, a CPMF, hoje, está financiando déficit da Previdência”. Há que se destacar que diferentes estudos mostram que a diminuição de recursos foi verdadeira para os estados, mas não para os municípios, que, em geral, aumentaram seus gastos com saúde após a descentralização, o que os colocou sob forte demanda dos munícipes.

hospitais públicos em organizações sociais juridicamente privadas, com vistas a torná-los mais eficientes e auto-sustentáveis<sup>177</sup>.

A forma de cumprimento da EC 29 confirma a falta de empenho governamental para solucionar o problema do subfinanciamento do SUS. Após dois anos de sua aprovação, a implementação da emenda que vincula recursos dos três níveis de governo para o financiamento de ações e serviços públicos de saúde estava longe de ser uma realidade, e não parece que será de fato uma solução. A forma de frear o aumento de recursos da União para o sistema de saúde público tem se dado mediante um conflito intraburocrático entre diferentes interpretações da legislação. Se no caso da vinculação dos recursos estaduais e municipais a legislação é auto-aplicável, para os recursos da União para os exercícios de 2001/2004, período de transição até a definição de Lei Complementar, a implementação é polêmica. Embora o texto legal à primeira vista não sugira dúvidas sobre a forma de cálculo dos recursos mínimos a serem aplicados pela União, há um choque entre duas interpretações jurídicas. Por um lado, coincidem as interpretações da Procuradoria Geral da Fazenda Nacional/Ministério da Fazenda, apoiada por parecer da Advocacia Geral da União e, por outro, a interpretação da Consultoria Jurídica e da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde e do Tribunal de Contas da União, defendida pela chamada *Bancada da Saúde* no Congresso Nacional. A controvérsia se centra principalmente na base de cálculo a ser utilizada para os valores sobre os quais a União deverá aplicar os aumentos anuais dos recursos aplicados na saúde<sup>178</sup>. De acordo com a primeira interpretação, conhecida como “base fixa”, na fase de transição da EC 29 o cálculo dos recursos teria como base o valor apurado em 2001, acrescido, ano a ano,

---

<sup>177</sup> Essa desconfiança não se manifestava apenas entre a oposição, mas também na base parlamentar governista, como mostra o pronunciamento do deputado Arnaldo Faria de Sá (PPB-SP) no Congresso Nacional em maio de 2000, um dos poucos que votaram contra a Emenda: “A própria votação em primeiro turno já demonstrou a vontade da maioria deste Plenário de aprovar esta PEC, tentando salvar a saúde. Digo ‘tentando’ salvar a saúde – mais uma vez –, porque já aprovamos a CPMF, que tinha o mesmo objetivo. Depois, tornamos definitiva a contribuição que era provisória; e ainda aumentamos o seu percentual em 90%, passando de 0,20 para 0,38%. Na verdade, nada resolveu o problema da saúde, e continuou havendo desvio na arrecadação dessas verbas, justamente para que tivéssemos de buscar outras alternativas. Esta também não será a solução. Vincular-se-ão orçamentos federais, estaduais e municipais, e continuaremos tendo uma saúde caótica.... Na prorrogação da CPMF, a área econômica, que era contra a criação da contribuição, passou a ser a favor, por entender que os recursos eram necessários para a saúde financeira, e não para a saúde das pessoas” (Câmara dos Deputados – DETAQ, 08/05/01).

<sup>178</sup> Outras controvérsias referem-se ao entendimento do que sejam ações e serviços de saúde que delimitam o universo dos gastos previstos pela EC 29 e sobre a correção de valores pela variação nominal do PIB. As diferentes interpretações geram conseqüências para a definição do montante a ser aplicado pela União no setor saúde. A partir dos entendimentos mais comuns sobre três variáveis, ou seja: 1) o que seja “valor apurado no ano anterior”, e daí a definição da base de cálculo, 2) da forma de consideração da correção do PIB e 3) da definição das ações e serviços de saúde, são possíveis cerca de doze combinações que, conseqüentemente, levam a valores diferentes.

pela variação do PIB sobre essa mesma base. A segunda interpretação, originária dos setores ligados à saúde mas endossada por parecer do Tribunal de Contas da União, como era de se esperar, favorece a ampliação de recursos, ao contrário da interpretação do setor econômico do governo. Isso porque considera que a apuração deve ser feita ano a ano, a partir de uma base de cálculo móvel<sup>179</sup>.

A divergência intraburocrática relativa à interpretação da forma de aplicação da emenda constitucional na definição concreta dos montantes a serem alocados pelo governo federal aponta para a inexistência de um projeto global de governo para a concretização do SUS, explicitada pela divergência entre as agências encarregadas da política econômica e da saúde. Na prática, o governo tem adotado como referência para a fixação dos tetos orçamentários para o setor saúde a interpretação da Procuradoria Geral da Fazenda Nacional e da Advocacia Geral da União, decisão que se traduz em prejuízos para o setor<sup>180</sup>. A transferência de parte da responsabilidade do custeio da saúde para as instâncias subnacionais de governo vem ocorrendo de forma acentuada para os municípios. No conjunto, em 2000 os municípios já superavam a meta prevista de gasto mínimo de 7% da receita própria em ações de saúde<sup>181</sup>. Há indícios de que grande parte dos estados não está sendo capaz de cumprir as determinações da emenda, em função da falta de disponibilidade de recursos em uma conjuntura caracterizada pelo

---

<sup>179</sup> Trecho do parecer do TCU é elucidativo dos objetivos visados com a EC29: “Isso significa que a partir de 2001 e até os anos de 2004, a cada ano deverá ser apurado o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no ano anterior. Sobre esse valor deve ser aplicado um multiplicador correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB – no mesmo período” (voto do Ministro-Relator acolhendo proposta formulada pela unidade técnica e endossada pelo Ministério Público. TCU, 06/03/02).

<sup>180</sup> Para o ano de 2000, para o qual não há controvérsia sobre a base de cálculo do incremento de recursos da União, já não houve cumprimento da emenda, como mostra análise da Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira do Núcleo Saúde da Câmara dos Deputados (Estudo nº 2, 2000:4). Seja qual for a interpretação dada à expressão “ações e serviços públicos de saúde”, o orçamento da saúde esteve aquém do piso estabelecido para o setor em no mínimo R\$ 590 milhões se for considerada com aquela expressão apenas o programa de saúde do MS, sendo excluídos os encargos previdenciários, os serviços da dívida e as ações de saneamento. Para 2001, a emenda estaria sendo cumprida, dependendo da forma de utilização da variação nominal do PIB: se utilizada a variação estimada do ano de 2001, o orçamento contemplava a mais a emenda; mas, na hipótese de utilização da variação estimada do PIB de 2000, haveria déficit nos montante a ser alocado para a saúde, dependendo da conceituação da expressão “ações e serviços públicos de saúde” (idem: 5-6). Mesmo considerando a menor variação do PIB, a adoção da interpretação da base fixa para o cálculo do montante de recursos a ser alocado pela União se traduziu em diferenças acentuadas no orçamento do MS em 2001, resultando em uma perda de R\$ 1.199.620.205,00 em comparação ao que deveria ser alocado caso se optasse pela interpretação da base móvel (ano anterior) sobre a qual deveria incidir a correção pela variação do PIB (Ministério da Saúde, 2001).

<sup>181</sup> No caso dos municípios, de acordo com os últimos dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), que padroniza informações de receitas e gastos em saúde das três esferas de governo, o percentual da receita própria aplicada em saúde já em 2000 superava a meta prevista, que seria de um gasto no mínimo de 7%, devendo alcançar progressivamente 15% até 2004. A média do país já estava em torno de 13% em 2000, sendo que o percentual mais baixo se verificou na região Nordeste (cerca de 9%).

endividamento e pelo alto comprometimento das suas receitas, particularmente com o pagamento dos encargos de pessoal ativo e inativo, e outras despesas vinculadas<sup>182</sup>.

Tudo indica que os aportes adicionais de recursos esperados a partir da EC 29 não têm sido significativos a ponto de reverter o quadro de subfinanciamento do SUS, particularmente para garantir recursos para investimentos – ponto frágil do sistema. Está também na dependência da Lei Complementar a definição das formas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual e municipal. Caso essas questões não sejam resolvidas, a EC 29 parece ser mais uma definição meramente formal para a viabilização dos princípios constitucionais relativos à saúde, persistindo a sua inviabilização sistêmica. Frente a isso, a partir de iniciativas do Conselho Nacional de Saúde, existe a ameaça de se retomar a mobilização social pelo SUS, que fora fundamental para a aprovação da emenda que vincula recursos orçamentários para a saúde<sup>183</sup>. Estudos, seminários e outros eventos têm sido realizados e contam com a participação da Frente Parlamentar de Saúde, dos conselhos representativos dos secretários de saúde, órgãos públicos e conselhos de saúde, além do próprio Ministério de Saúde, interessado em resolver os problemas históricos de financiamento do SUS. A campanha pela reformulação da interpretação adotada para cálculo dos recursos federais desencadeada em 2001 recebeu o nome de “Erro que mata” e teve como norteadora a revisão da interpretação pela equipe econômica do governo, frente à possibilidade, inclusive, de diminuição dos recursos disponíveis.

A trajetória da EC 29 reafirma a idéia da fragilidade institucional brasileira, não em função da inexistência de regras ou de leis, mas da ausência de cumprimento das mesmas ou de sua instabilidade. A dependência de leis complementares que podem alterar o espírito do dispositivo constitucional, a possibilidade de revisão de valores prevista para acontecer a cada cinco anos, as diferentes interpretações de um texto legal aparentemente auto-aplicável, o não cumprimento das normas legais e a defesa

---

<sup>182</sup> De acordo com estudo do MS (2001), quatro estados já aplicavam em 1998 percentuais de sua receita na saúde superiores a 12% – teto previsto na EC 29; treze estados aplicavam percentuais situados entre o piso e o teto – entre 7 e 12%. Entretanto, editorial do jornal Folha de S.Paulo (15/3/03:2) criticou a manipulação de gastos utilizada por vários estados, computando como de saúde gastos que não se enquadram nessa rubrica e divulgava: “levantamento do Ministério da Saúde mostra que, em 2001, descontadas as despesas que não deveriam ser consideradas gastos em saúde, 17 das 27 unidades de Federação descumpriram a emenda 29....”.

<sup>183</sup> Para discutir as questões que demandam regulamentação para melhor aplicabilidade das determinações constitucionais, foi formado um grupo de discussão técnica, com representantes do Ministério da Saúde, Ministério Público Federal, Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Comissões de Seguridade Social da Câmara e Assuntos Sociais do Senado e Associação dos Membros dos Tribunais de Contas (ATRICON).

governamental de uma idéia que não se pretende afirmar concretamente são apenas algumas das manifestações do descompasso entre o formal e o real no processo político brasileiro.

#### **4.5 Conclusões**

Neste capítulo, foi analisada a reforma da política de saúde, desdobrando-a em três processos que, embora tratados de forma sequencial, em grande parte se sobrepõem e cujo resultado é a conformação da política de saúde atual: o processo de formação das propostas e de articulação política, que se inicia em meados da década de setenta; o processo decisório nos anos 80, particularmente durante a Constituinte; e o processo de implementação da reforma, que se inicia na década de 90, a partir da mudança constitucional. Na reconstrução do ciclo da reforma, foi possível identificar os efeitos das políticas anteriores sobre o processo político-decisório, em decorrência dos quais, mesmo em uma situação de rearranjos institucionais no âmbito da assistência pública, foram preservados os mecanismos privados de assistência à saúde, apesar de formalmente se confrontarem com princípios definidos na Constituição de 1988.

A principal conclusão desta análise é que a reforma da política de saúde, cuja expressão mais concreta é a criação do SUS, caracteriza uma situação de ruptura e continuidade, explicável a partir da confluência de fatores que favoreceram a inovação institucional com o legado das políticas de saúde prévias que limitaram a possibilidade de mudança. Tanto a inovação quanto a tendência à inércia institucional foram favorecidas por conjunturas político-econômicas mais amplas. A mudança foi possibilitada por uma situação excepcional de construção de um novo pacto social no processo de democratização, no bojo do qual se constituiu um novo marco legal para a saúde na década de 80. Por sua vez, a continuidade dos padrões assistenciais foi favorecida pelas orientações prescritivas que caracterizaram o período de implantação do SUS na década seguinte, as quais enfatizavam a focalização da atuação governamental nos setores de menor poder aquisitivo, deixando para o mercado a cobertura dos segmentos com capacidade de compra. Essa última conjuntura corroe o ideário da reforma, antes mesmo que ele tivesse sido capaz de alterar a forma de atuação governamental construída historicamente. Como a segmentação de clientela antecede a difusão dessas prescrições a partir dos anos 80, o formato da política de saúde definido após a reforma não é explicado pela conjuntura normativa de implantação do SUS, mas

pela dependência de sua própria trajetória, que colocou limites para uma reforma mais ampla, levando a um processo de inovação limitada.

O principal fator que favoreceu a mudança da política de saúde foi a modificação da arena política setorial, com a incorporação de novos atores portadores de propostas alternativas, que se confrontaram com aqueles constituídos a partir das políticas anteriores. Essa ampliação foi favorecida, inicialmente, pela conjuntura de abertura política, ainda nos anos 70, na qual a priorização da questão social como forma de legitimação do regime abriu brechas para uma atuação diferenciada no âmbito da própria instituição previdenciária, responsável pela política de assistência. No contexto de democratização, caracterizado pelo desenvolvimento de movimentos sociais variados, foi possível ampliar o escopo de atores em torno da reforma sanitária e da expansão dos direitos sociais. Esse conjunto de atores constituiu as demandas e o suporte político para as alterações na política. A crise assumida da assistência, que se traduzia em insatisfação generalizada, foi outro fator que favoreceu a mudança institucional, na medida em que o movimento sanitário soube apresentar uma alternativa para a crise, colocá-la na agenda e obter apoio político para ela.

A Constituição e o desenvolvimento do movimento sanitário e sua influência na conformação da política de saúde evidenciaram a importância das idéias no processo de formação de políticas. As idéias se relacionam com as preferências dos atores ao expressar suas respectivas imagens da realidade sobre a qual se pretende intervir, conformando as soluções e definindo suas propostas de ação. O movimento reformador surgiu a partir de uma concepção teórica sobre a saúde coletiva, construída e desenvolvida no âmbito acadêmico, que ganhou espaço na burocracia pública e construiu aliados entre o movimento médico, o movimento popular e, nos anos 80, os gestores municipais. A elaboração de novos conceitos e propostas por parte dos precursores do movimento sanitário, ao coincidir com uma conjuntura política favorável e associada a estratégias de mobilização política ativa, favoreceu mudanças nos princípios e no desenho da política de saúde. Nesse processo de inovação na política, constituiu-se uma comunidade epistêmica, cuja influência se traduziu em alterações no processo político, por ter sido capaz de fazer a mediação entre a crise e as escolhas realizadas, ao fornecer uma proposta consistente e de amplo respaldo, que norteou a elaboração do capítulo sobre saúde na Constituição. No processo de ampliação dos apoiadores da reforma, ocorreu um estreitamento das idéias iniciais dos precursores do movimento sanitário, e de um projeto de transformação da sociedade e do Estado

passou-se para uma proposta de reformulação da forma de intervenção governamental no campo da saúde. Ao mesmo tempo, algumas idéias foram bloqueadas, como a proposta de estatização completa do sistema de saúde, defendida na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

Na transição democrática, abriu-se uma “janela política”, de forma que os problemas das políticas vigentes, associados ao processo político mais amplo de democratização, convergiram de modo a permitir que forças políticas não hegemônicas influenciassem decisivamente a formulação da política de saúde, dando lugar, em um momento específico, ao surgimento de uma política informada por uma ideologia publicista e por uma concepção de saúde como direito, tendo como corolários a universalização e a igualdade<sup>184</sup>.

Por sua vez, o caráter limitado da reforma, na medida em que a mudança se realizou sem alterar o caráter dual da assistência, foi explicado pelos efeitos de *feedback* das políticas prévias sobre o processo político-decisório. Esses efeitos se expressam pela constituição de atores e interesses e, conseqüentemente, na conformação da arena política, em decorrência dos incentivos e decisões que foram responsáveis pela formação das preferências dos atores favorecidos pelas políticas de saúde estabelecidas a partir dos anos 60. Esses interesses ligados aos diversos agentes do mercado privado de saúde, como operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços e usuários, apoiados por grande parte da burocracia previdenciária, manifestaram-se em todas as situações em que propostas ou medidas governamentais apontaram para alterações no modelo assistencial no sentido de privilegiar o setor público. Particularmente durante o funcionamento da Assembléia Nacional Constituinte, quando o Congresso Nacional se transformou no principal *locus* decisório, o embate entre os defensores das formas privadas de atenção à saúde e os defensores das propostas do movimento sanitário foi acirrado. Naquele momento, tanto os representantes do movimento reformador quanto os da assistência privada estavam suficientemente consolidados e organizados, e tiveram capacidade de influenciar o processo decisório.

O resultado foi a aprovação de um projeto transformador de grande alcance para a saúde, com traços redistributivos e com objetivos igualitários, significando, portanto, uma mudança institucional e de princípios, ao mesmo tempo em que foi garantida a

---

<sup>184</sup> A idéia de janela para políticas considera a perspectiva de Kingdon (1984, *apud* Gomà e Subirats, 1998) relativa à elaboração de políticas, segundo a qual problemas, políticas e processo político convergem e divergem, dando lugar no momento e lugar adequados ao surgimento de uma política concreta.

continuidade por meio de alguns dispositivos e, principalmente, daquilo que a Constituição não expressou. Ao limitar a reforma ao setor público e ao garantir a liberdade à iniciativa privada, interferindo apenas no setor privado quando prestando serviços sob a responsabilidade estatal, a Constituição consagrou a dualidade do sistema de atenção à saúde no Brasil, composto por um segmento público e outro privado, e a reforma da política de saúde perdeu muito de sua conotação transformadora. Ao invés de possibilitar uma efetiva ruptura institucional, se justapôs às estruturas institucionais pré-existentes, com pouca probabilidade de substituir o passado. Com a ausência de dispositivos constitucionais regulatórios do setor privado, garantida a partir do poder de veto dos representantes dos interesses do mercado de saúde, a legislação encobriu a segmentação, de forma que a universalização e a igualdade se transformaram em meta-objetivos sem correspondência na estrutura institucional. O caráter segmentado da assistência à saúde, que caracteriza a trajetória brasileira de expansão da assistência médica, formalizou-se assim, nas próprias decisões consagradas na Constituição, aparentemente de forma paradoxal aos objetivos da reforma global pretendida pelos seus promotores. Esse foi o resultado do conflito das propostas reformadoras com os interesses consolidados a partir da configuração anterior das instituições de saúde, sendo provável que políticas alternativas que mudassem o padrão vigente não tivessem suporte político suficiente, mas poderosos vetos, de tal forma que o arranjo institucional consolidado na assistência à saúde limitou as escolhas possíveis. Em termos legais, a escolha resultante do embate entre alternativas distintas, que expressavam as preferências de dois conjuntos de atores, contemplou as duas propostas ou os dois ideários que se confrontaram durante o processo constituinte.

Um segundo efeito de *feedback* das políticas anteriores pode ser observado no processo de implementação da reforma, o qual se traduziu na falta de suporte político efetivo de categorias sociais relevantes, seja por sua atuação no setor saúde ou por sua maior capacidade de mobilização. O movimento sanitário não se constituiu enquanto um grupo de interesse, embora agregasse alguns, mas como um conjunto de pessoas e instituições, que em alguma medida, em um momento singular de refundação democrática, partilharam um conjunto de valores éticos e de propostas políticas e técnicas com o objetivo de democratização do sistema de saúde. Essa “identidade” foi forjada na conjuntura autoritária que permitiu a minimização dos interesses particularistas em prol de uma transformação política e ética mais geral. Mas mostrou sua fragilidade e descontinuidade no momento de implantação da reforma sanitária, no



contexto pós-governo militar, quando as alianças mais amplas não lograram se sustentar. Após a redemocratização, as diferentes clivagens se explicitaram em um processo de transição caracterizado pelo conservadorismo e pela manutenção no poder das mesmas lideranças do período autoritário. Nesse momento, não se conseguiu mais uma homogeneidade de propostas, tanto pelas fraturas ideológicas internas do movimento sanitário e do movimento popular quanto pela retomada das questões meramente corporativas de atores que se tinham aglutinado ao movimento, particularmente os profissionais médicos. Nesse último caso, incluíam-se também os trabalhadores e os sindicatos com maior nível de organização e maior poder de barganha, localizados nos grandes centros industriais no eixo Rio/São Paulo. Embora o apoio ao SUS tenha sido generalizado entre eles e se mantivesse formalmente no período de implementação, de fato não tinham muitos incentivos para um apoio mais efetivo a uma reforma sanitária radical, entendida como uma transformação publicista da assistência à saúde. Pelo menos a curto prazo a implantação completa do SUS possivelmente lhes traria perdas objetivas, na medida em que, na sua maioria, deveriam estar vinculados a planos de saúde empresariais, a essa altura institucionalizados e em franca expansão desde a década de 80, constituindo-se, muitas vezes, em objeto de negociação coletiva, mesmo que ideologicamente não deixassem de expressar apoio incondicional às propostas do Sistema Único de Saúde<sup>185</sup>.

Por sua vez, os prováveis usuários do SUS, os segmentos excluídos da assistência privada, seja pela menor renda ou pela forma de inserção mais precária no mercado de trabalho, não demonstraram capacidade de mobilização que pudesse dar sustentação à

---

<sup>185</sup> Alguns analistas do movimento sanitário, que dele faziam parte dado o caráter de saber militante que caracteriza o setor saúde, atribuem à opção institucional do movimento sanitário o fracasso parcial da reforma sanitária após ter ganho o estatuto constitucional. Ao privilegiar as instituições, o movimento sanitário relegou a segundo plano a ampliação e o aprofundamento de alianças com as classes populares e trabalhadoras, em princípio, as principais beneficiárias da reforma (Escorel, 1998). Ao se tentar impor reformas por intermédio do aparelho estatal, tendo como principais interlocutores ocupantes de cargos no Executivo e nos partidos dominantes, sem compor com o movimento sindical e com os partidos apoiados neles, não se constituiu uma base social de sustentação da reforma sanitária, o que enfraqueceu a implantação de uma agenda radicalmente transformadora (Campos, 1988). Ou, de acordo com Mendes (1993:39), não se conseguiu acumular na sociedade “capital político” para enfrentamento do projeto neoliberal hegemônico, com o qual o movimento sanitário se contrapunha. Implícita nessas explicações está a idéia de que se a opção principal do movimento sanitário tivesse sido a busca de alianças sociais que garantissem apoiadores para a reforma sanitária, sua implantação teria maiores perspectivas de sucesso. Algumas implicações decorrem daí: primeiro, que isso seria factível; segundo, que esses setores sociais estariam dispostos a apoiar a reforma, sendo que para isso, teriam que identificar ganhos na mesma. Mas se admitimos, por outro lado, que os trabalhadores mais organizados e com maior poder de barganha não tinham interesses objetivos no sucesso do SUS, na medida em que tinham garantidos planos de saúde empresariais, essa suposição não se sustenta. E, por outro lado, se o projeto privatista era hegemônico, estava institucionalizado e tinha apoiadores fortes, seria pouco provável que os setores populares teriam condições políticas de barrá-lo caso fossem mobilizados.

reforma, que, por suas características redistributivas, demandaria coalizões mais amplas, particularmente em uma situação institucionalizada de diferenciações e privilégios. Nem os movimentos populares mantiveram uma mobilização coesa e nem os sindicatos mais fortes se mobilizaram de fato (e não apenas formalmente) por uma assistência universal, igualitária e pública, ao mesmo tempo em que os profissionais de saúde retomaram o caráter exclusivamente corporativo de sua atuação política.

Essa falta de suporte reflete a ausência de uma demanda universalista entre os trabalhadores e categorias profissionais que traduzisse a existência de uma identidade coletiva e o desenvolvimento de valores solidaristas que pudessem se expressar no apoio efetivo à proposta do SUS. Nada disso foi favorecido pela trajetória de expansão dos direitos sociais no país, entre eles a assistência à saúde, que, ao contrário, deu-se com base em um modelo meritocrático, desenvolveu-se favorecendo as demandas corporativas no âmbito das instituições previdenciárias e, após o surgimento e desenvolvimento da assistência empresarial, tornou-se um benefício particularizado, dependendo da forma de inserção no mercado de trabalho. Como outro efeito de *feedback* das políticas prévias, os interesses mais imediatos dos trabalhadores não tinham muita afinidade com a proposta igualitária e redistributiva do SUS. Nessa perspectiva, seriam longínquas as possibilidades de alcançar a universalização partindo de um modelo de cidadania regulada, definida a partir da inserção diferenciada no mercado de trabalho.

O veto implícito à implantação da reforma em sua completa acepção não veio, contudo, apenas dos segmentos favorecidos pela assistência privada. Por meio de mecanismos indiretos, particularmente o subfinanciamento do SUS, o próprio governo não garantiu a viabilização dos objetivos da reforma. A indefinição e a ausência de fontes estáveis de financiamento têm barrado os avanços da implantação do sistema público. A aprovação recente da EC 29/2000, que teoricamente vincula recursos dos três níveis de governo para a saúde, não demonstra que a questão terá uma solução satisfatória. Como a principal fonte de recursos para custeio da assistência pública é de origem federal, as divergências relativas à base de cálculo para a definição da contribuição da União têm se traduzido em alocação de recursos aquém do esperado com a aprovação da EC, com possibilidades de redução em médio prazo. A transferência dos encargos financeiros para as unidades subnacionais de governo sugere o menor comprometimento do governo federal com o financiamento do SUS,

caracterizando um processo de inviabilização sistêmica, mesmo que não se manifestem propostas explícitas de redução programática do escopo do SUS.

A conjuntura econômico-financeira não foi favorável à implantação do SUS, que, para sua efetivação, necessitaria de uma ampliação de recursos proporcional à expansão da clientela e das atribuições, o que não foi favorecido pela situação de recessão econômica. Entretanto, isso não significa que o problema seja apenas a falta da capacidade de implementação, particularmente financeira, pois isso pressupõe que existiria, de fato, o objetivo estatal de implantação dos dispositivos constitucionais, ou seja, um sistema público de caráter universal e igualitário. Ao que tudo indica, um projeto publicista para a saúde não se constituiu como um objetivo governamental. Os princípios do SUS conseguiram ser definidos como política de governo em função de uma conjuntura privilegiada, caracterizada pela redemocratização, mas sua implantação vai se dar em um quadro político dominado por forças políticas conservadoras e na contramão das propostas conhecidas como neoliberais, fortalecidas em contexto marcado pela perda de apoio e legitimidade de políticas sociais universalistas e pela valorização das opções de políticas com a valorização do mercado em detrimento de opções caracterizadas pela ampliação da esfera de atuação do Poder Público. Nesse contexto, a tradução concreta das normas legais não foi acompanhada de um projeto efetivo de redução das desigualdades sociais e nem foram determinadas por um processo de reforma global do Estado nesse sentido.

No momento de implantação da reforma, não apenas as contradições da legislação se evidenciam, mas também se fecha a janela anterior, e outros fatores vão convergir de forma a não tornar realidade a assistência à saúde universal e igualitária.

Entretanto, esses processos de ruptura e continuidade convivem durante todo o período de três décadas no qual se desenvolve o processo da reforma, caracterizado por movimentos contrários e paralelos, sendo que ao mesmo tempo em que se consolidam tendências definidas a partir das escolhas políticas anteriores, ocorrem mudanças institucionais. Se as primeiras favorecem o desenvolvimento da assistência privada, as mudanças são no sentido de fortalecimento das ações e concepções públicas. O resultado foi a conformação jurídico-legal de um sistema de saúde híbrido e segmentado que, ao mesmo tempo em que consagra a saúde como direito e garante a universalidade de acesso à assistência à saúde, preserva a liberdade do mercado de assistência privada, apontando para o aprofundamento da diferenciação entre clientelas a partir da forma de cobertura assistencial.

Esses movimentos duplos se evidenciam desde a década de 70, período de consolidação do modelo “médico-assistencial privatista”, estruturado principalmente a partir dos anos 60, como consequência da opção governamental de expansão de cobertura pela via da compra de serviços privados em detrimento da ampliação da rede prestadora pública. O período é também de desenvolvimento das iniciativas empresariais privadas, voltadas para a assistência dos empregados das grandes empresas públicas e privadas, incentivadas pelo governo por meio da alocação direta de recursos. Concomitantemente, inicia-se uma articulação político-ideológica por reformas na política, no sentido das propostas construídas a partir do movimento sanitário como decorrência da crítica ao modelo vigente e que vão encontrar condições favoráveis para sua viabilização com o aprofundamento da crise financeira decorrente do próprio modelo assistencial e no bojo do processo de transição democrática. Se o primeiro movimento refletia a visão predominante na burocracia previdenciária, em grande parte dominada pelos interesses empresariais na área da saúde, o segundo foi centrado na crítica ao financiamento do setor privado pelo setor público e construído a partir de uma concepção publicista da atenção à saúde.

Já nos anos 80, ao mesmo tempo em que se adensa o movimento pela reforma sanitária com o objetivo principal de garantir a universalização e a gratuidade do acesso à assistência à saúde, ocorre a expansão acentuada da assistência privada de forma autônoma, embora influenciada por uma série de decisões governamentais e por incentivos indiretos, capazes de conformar as decisões de atores privados, como usuários, prestadores de serviços e operadoras de planos privados. Essa expansão das formas privadas de assistência ocorre tanto dentro como fora das grandes empresas empregadoras por meio da captação de clientes individuais pelas diversas modalidades de operadoras que comercializam planos de saúde. Correlatamente, o setor privado prestador de serviços vai deixando de ser dependente do financiamento público e passa a adquirir um novo mercado nos planos de saúde empresariais e individuais em expansão.

As decisões relativas à política de saúde no período refletem esses duplos movimentos. Se algumas favoreceram a assistência privada, a penetração das idéias e de participantes do movimento sanitário nas instituições responsáveis pelas políticas de saúde se traduziu em propostas e na efetivação de algumas políticas voltadas para o fortalecimento do setor público e para a universalização da cobertura, que podem ser vistas como precursoras da reforma definida na Constituição. Embora essas

experiências não tenham logrado alterar o padrão assistencial fortemente institucionalizado, o conflito entre as propostas inovadoras e os interesses privados consolidados a partir das políticas anteriores se verificou em todas as ocasiões em que foram ensaiadas políticas que privilegiassem o setor público em detrimento do privado e que se diferenciavam do modelo de assistência prevalecente. Ao mesmo tempo, foram criadas novas instituições, como as AIS e o SUDS, que passam a funcionar como filtros das idéias da reforma.

Os movimentos contraditórios se expressaram na legislação e também no processo de implantação recente, pois, apesar das restrições, o SUS foi se institucionalizando, inclusive pelo reconhecimento público do direito à saúde. Nesse processo, outros atores se constituíram e passaram a disputar espaço na arena da saúde, particularmente os gestores municipais e estaduais e os conselhos paritários formados nos três níveis de governo como exigência da legislação. A mobilização em torno da viabilização financeira da assistência pública apontou para a visibilidade e importância política que ela assumira, bem como para a rede de instituições e atores em torno do SUS, inclusive os prestadores privados e profissionais de saúde, cujos interesses são diretamente afetados pela política de saúde. Duas lógicas operam na política de saúde: uma publicista, no sentido de viabilizar o SUS, processo que de certa forma se tornou irreversível, e outra privatista, de ampliar a cobertura por planos e seguros de saúde, constituindo, ou consolidando, dois segmentos diferenciados, que se traduzem em duas estruturas institucionais e em um sistema de saúde dual.

Expressão e consolidação dessa dualidade, bem como do volume e importância que o segmento privado assumiu, concomitantemente às mudanças institucionais no sentido de implantação do SUS, na década de 90 ganhou relevo o debate envolvendo diferentes atores, tanto governamentais quanto da sociedade civil, sobre a regulamentação da “assistência médica supletiva”. Tal debate culminou com a promulgação da Lei 9665, em 6/1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde. Ao invés de um indicativo simplista de “fracasso” do SUS, a regulamentação mostra que se tratou de colocar sob o controle governamental atividades que já estavam suficientemente institucionalizadas, de tal forma que o dispositivo constitucional que garantiu a assistência pública a todos por si só não demoliria. A regulamentação não fará nada mais do que completar o processo de consolidação do sistema de saúde dual do país, confrontando a lógica da assistência

médica como uma mercadoria ou um produto à lógica do SUS, baseada na noção de direito de cidadania.

Antes, porém, de se analisar o processo político que resultou na regulação da assistência privada, no próximo capítulo serão discutidos outros efeitos da trajetória da política de saúde, como: as características da rede de serviços de saúde, que tem reflexos sobre a capacidade governamental de prestar serviços; o perfil dos usuários do sistema público e do privado, enquanto expressão mensurável da trajetória; e os efeitos cognitivos das políticas, expressos em concepções sobre o público e o privado. Tal como os efeitos de *feedback* das políticas prévias sobre o processo político, vistos neste capítulo, também os outros resultados vão limitar as possibilidades de incorporação efetiva de todos ao sistema de saúde formalmente inclusivo, tal como idealizado na reforma.

## **5 EFEITOS DA TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE SOBRE A ESTRUTURA DA REDE DE SERVIÇOS E O PERFIL DOS UUSÁRIOS**

### **5.1 Introdução**

No capítulo anterior, foi analisado o processo de reforma da política de saúde, enfatizando as conseqüências das políticas prévias sobre o processo político-decisório. Ao constituir interesses, atores e instituições para a prestação de assistência à saúde, as decisões e não-decisões governamentais conformaram um determinado modelo assistencial e modelaram o conflito político, de modo que, mesmo em uma situação de desequilíbrios e rearranjos institucionais, a política de saúde recente permaneceu dependente de sua própria trajetória.

Este capítulo tem como objetivo principal mensurar outros efeitos das políticas de saúde que, de alguma maneira, sintetizam a trajetória da assistência nas últimas três décadas. Trata-se dos efeitos sobre a estruturação da rede prestadora de serviços e a conformação do perfil dos usuários, da assistência tanto pública quanto privada. Se os primeiros têm conseqüências diretas sobre a capacidade governamental de efetivar a reforma e garantir a assistência pública universal, ambos, de forma indireta, têm também conseqüências sobre o processo político, na medida em que expressam os comportamentos associados à configuração institucional da assistência caracterizada por diferentes formas de segmentação, os quais tendem a conformar preferências e atitudes. A descrição desses legados da trajetória da política de saúde permite inferir como a institucionalização de decisões tomadas no passado opõe resistências a mudanças no sentido da implantação da proposta do SUS, uma delas, por exemplo, sendo a dificuldade de romper com um determinado padrão de regulação dos prestadores privados e constituir uma concepção pública sobre os serviços de saúde.

Os mesmo dados, entretanto, mostram a institucionalização do sistema público, particularmente após a reforma da política de saúde, e sua importância para a grande maioria da população brasileira. A partir da descrição das características da rede de serviços e do perfil dos usuários, confirma-se também a institucionalização da dupla trajetória da assistência à saúde.

A análise da rede prestadora é importante, em função da especificidade da política de assistência à saúde. Pela própria natureza, trata-se de uma política para cuja efetivação exige uma infra-estrutura de prestação de serviços diversificada e complexa. A

disponibilidade de uma rede de serviços de saúde requer investimentos continuados e, muitas vezes, de custos elevados, de forma que a efetivação da política não demanda apenas gastos de custeio. Um dos legados das políticas de saúde anteriores à criação do SUS foi a constituição de uma rede em grande parte privada e predominantemente de caráter lucrativo, principalmente no caso da rede hospitalar e de serviços especializados, sobre a qual se sustentou a oferta de serviços públicos. Esse legado coloca alguns constrangimentos para a efetivação completa dos princípios e diretrizes do SUS, embora não tenha adquirido a mesma visibilidade que o financiamento, pois, objetivamente, a insuficiência da rede pública não permitiria o cumprimento em curto e médio prazo dos dispositivos legais que garantem o acesso universal e igualitário sem a participação do setor privado, principalmente o lucrativo.

Para analisar esse efeito estrutural das políticas de assistência à saúde, um dos propósitos deste capítulo é descrever a composição da rede de serviços de saúde no Brasil e mostrar sua evolução ao longo das últimas três décadas. Isoladamente, esse fator não ajuda a entender as dificuldades para a implantação no Brasil de um sistema nacional de saúde público efetivamente universal e igualitário, mas apenas quando associado a outras características da trajetória da política de assistência à saúde. A importância da rede de serviços privada, principalmente hospitalar, por si só não seria um óbice, pois nada impede a existência de um sistema público e universal no qual a prestação de serviços ficasse a cargo do setor privado, sob controle e regulação governamental. Mas a convivência de um sistema público com um sistema privado autônomo e expressivo é que torna esse legado um fator dificultador a partir do choque entre formas diversas de contratação de serviços à mesma rede prestadora. Nessa situação, a assistência pública teria mais chances de eficiência caso pudesse contar com uma rede pública auto-suficiente, o que pressupõe investimentos de grande porte. Para isso seriam necessários recursos e decisões nesse sentido, mas a conjuntura político-ideológica e financeira da implantação do SUS até o momento não favoreceu opções que objetivem ampliar os investimentos da rede pública.

O segundo objetivo específico deste capítulo é identificar as conseqüências concretas da trajetória da assistência à saúde sobre o objeto dessa política, ou seja, seus usuários, particularmente os cobertos pela assistência supletiva ou privada. O formato institucional duplo assumido pela assistência levou à segmentação entre dois grupos básicos de usuários: os cobertos pela assistência privada e os cobertos pela assistência pública, além das diferenciações internas intra-segmentos. Essa segmentação se



sobrepõe a outras, relacionadas principalmente à forma de inserção no mercado de trabalho, uma vez que a introdução e a ampliação da assistência à saúde se deram a partir da relação de trabalho, seja no setor governamental ou no privado. Os níveis de renda e a região do país são também outras variáveis a influir no acesso e cobertura, não tanto de forma direta, mas por estarem associadas ao dinamismo econômico e às características do mercado de trabalho. A forte segmentação de clientela não impede, entretanto, que os serviços públicos, muitas vezes, sejam utilizados também pela população coberta por planos de saúde privados, particularmente no caso de procedimentos mais caros, evidenciando-se dupla cobertura para alguns segmentos sociais, uma vez que o sistema público tem o caráter universal.

A análise da estrutura da rede de serviços de saúde brasileira e de sua evolução histórica foi feita principalmente a partir dos dados da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS)/IBGE<sup>186</sup>. Realizada no período de 1976/1999, os dados da AMS permitem identificar as características da rede de serviços no período coberto por este estudo, desde o momento da expansão do “modelo assistencial-privatista” até a implantação do SUS.

A fonte utilizada para a análise da cobertura e do perfil dos usuários da assistência supletiva e do SUS foi os microdados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD) de 1998. Realizada anualmente pelo IBGE, exceto nos anos de realização dos censos, nesse ano a PNAD contou com um suplemento-saúde contendo várias informações sobre planos privados e outras relativas à percepção do estado de saúde, acesso a serviços, etc. Apesar de não permitirem responder a todas as indagações formuladas neste trabalho, os dados da PNAD/1998, no entanto, são o único *survey* de conhecimento público que contém informações variadas sobre cobertura e utilização de serviços públicos e privados<sup>187</sup>. Até então as informações sobre o mercado de saúde

---

<sup>186</sup> A pesquisa AMS é realizada pelo IBGE, em convênio com o Ministério da Saúde, desde 1976 e constitui um levantamento de todos os estabelecimentos existentes no país que prestam serviços de saúde. A AMS foi anual até 1988. A partir daí, não tem tido uma periodicidade regular: não foi realizada nos anos de 1989, 1991, entre 1993/98, e a última divulgada até a realização desta pesquisa é de 1999. Para os anos de 1992 e 1999 foram utilizadas também as tabulações disponíveis pelo DATASUS/Ministério da Saúde com base nos micro-dados da MAS. Para os anos anteriores, recorreu-se às publicações oficiais do IBGE. Em relação à rede SUS, as fontes foram os dados fornecidos pelo Ministério da Saúde, via seu portal.

<sup>187</sup> A minha opção foi trabalhar os dados tomando como unidade de análise o conjunto do país e, apenas eventualmente, usando as Unidades da Federação. Apesar de reconhecer as disparidades regionais, meu objetivo principal era tecer um panorama da assistência suplementar no país e, conseqüentemente, da segmentação das clientela dos dois subsistemas de assistência à saúde. Daí a opção de ampliar o número de variáveis utilizadas em detrimento de um nível maior de desagregação, uma vez que conjugar as duas coisas significaria um nível de detalhamento dispensável para os objetivos deste trabalho. A partir das variáveis originais da PNAD, foram construídas outras categorias e realizados diversos cruzamentos,

eram originadas das próprias operadoras de planos e seguros de saúde, as quais, além de inconsistentes, não permitiam uma análise do perfil dos seus usuários. Recentemente, a Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS) tem divulgado dados sobre a clientela de planos privados, mas ainda sem nenhum detalhamento, além de não permitir comparações entre os dois segmentos.

A análise dos usuários se completou com os dados obtidos em uma pesquisa de caráter qualitativo e sem nenhuma pretensão de generalização. Em entrevistas com noventa pessoas escolhidas aleatoriamente a partir de um único recorte, o da renda, buscou-se identificar imagens e atitudes gerais em relação ao sistema público e ao sistema privado de saúde, tanto entre aqueles cobertos por planos de saúde quanto entre aqueles que são usuários do SUS<sup>188</sup>. Os resultados ofereceram indicações bastante sugestivas das conseqüências cognitivas da trajetória da política de saúde, que se traduzem em interpretações da realidade, formação de preferências e atitudes, expressando a concepção pública sobre a assistência à saúde forjada na sua própria trajetória.

## **5.2 A composição da rede prestadora de serviços de saúde**

O texto constitucional define a participação do setor privado no sistema único de saúde apenas de forma complementar, refletindo a perspectiva publicista que predominou na proposta da reforma sanitária. Em seu § 1º do artigo 199, a Constituição de 1988 estabelece:

As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

---

buscando explorar ao máximo os dados da pesquisa naqueles aspectos que interessavam para os objetivos de caracterizar o mercado de assistência médica supletiva, o que não esgota as possibilidades do suplemento da PNAD que considera outros aspectos do tema saúde não tratados aqui.

<sup>188</sup> Foram definidos três estratos de renda: o primeiro abrangia pessoas com renda de até R\$600,00 (3 salários mínimos); o segundo, com renda entre R\$ 601,00 e R\$ 2.000,00 (mais de 3 a 10 salários mínimos); e o terceiro, com renda acima de R\$ 2.000,00. Para cada estrato, foram entrevistadas trinta pessoas, utilizando-se um questionário com perguntas abertas e fechadas. A pesquisa foi realizada em Belo Horizonte, no período de junho a agosto de 2002. Na ausência de dados generalizáveis sobre as questões levantadas nessas entrevistas, essa foi a alternativa viável no escopo deste trabalho e que apontou questões bastante sugestivas.

A idéia de complementaridade pressupõe a priorização da rede pública e a utilização da rede privada apenas na hipótese da insuficiência daquela e no intuito de garantir a universalização do atendimento. Entretanto, a análise da estrutura da rede prestadora de serviços de saúde brasileira e de sua evolução histórica não permite concluir que seria possível em médio prazo cumprir esse dispositivo, apesar da superioridade numérica dos estabelecimentos públicos. Ao longo das últimas três décadas, em termos gerais e considerando o conjunto dos diferentes tipos, o setor público sempre apresentou um número maior de estabelecimentos de saúde do que o setor privado, possuindo, ao longo do período de 1976/1999, mais de 50% dos estabelecimentos do país. Além disso, essa superioridade é progressiva, registrando-se duas exceções: em 1985 houve uma diminuição do número de estabelecimentos públicos e no período de 1990/1992 registrou-se um crescimento relativo bem maior dos estabelecimentos privados, mas que ainda permaneceram em número inferior aos públicos (Tab. 10, Anexo). A última pesquisa AMS apontou, em 1999, um crescimento relativo bem maior da rede pública, que se explica pelo crescimento da rede ambulatorial após o processo de descentralização que acompanhou a implantação do SUS, que, sem dúvida, ampliou o acesso, no mínimo, à atenção primária.

Entretanto, essa superioridade da rede pública é decorrente da predominância dos estabelecimentos destinados a atendimentos ambulatoriais de nível básico, particularmente postos e centros de saúde<sup>189</sup>, que, em quase sua totalidade, fazem parte da rede pública (Tab.11, Anexo). Esses dois tipos de estabelecimentos públicos de saúde são os que mais aumentaram no período de 1981/1992, tendo tido um crescimento da ordem de 164%, correspondendo, em 1992, a 85% do total de estabelecimentos públicos<sup>190</sup>. Particularmente os centros de saúde são os que mais cresceram em número na década, passando de 26,95% dos estabelecimentos públicos em 1981 para 53,44% em 1992. Essa expansão reflete a tentativa de ampliar o acesso, particularmente no nível da atenção primária, a partir da crítica ao “modelo hospitalocêntrico” que marcara a expansão da assistência médica, de alto custo e baixo impacto na saúde. Ao contrário,

---

<sup>189</sup> De acordo com a definição da AMS (1988), posto de saúde é o estabelecimento destinado a prestar assistência sanitária de forma programada a uma população determinada, por pessoal de nível médio ou elementar, utilizando técnicas apropriadas e esquemas padronizados de atendimentos, desenvolvendo, por exemplo, atividades de vacinação rotineira, visita domiciliar, educação para a saúde, fornecimento de medicamentos padronizados, etc. O centro de saúde difere por prestar assistência médica ambulatorial permanente e, sempre que possível, por médico, possuindo, em geral, uma equipe multidisciplinar.

<sup>190</sup> Esses dois tipos de estabelecimentos de saúde tiveram também crescimento relativo elevado no âmbito da rede privada, mas, dado seu número reduzido, não pode ser considerado ainda relevante – 388 postos e centros de saúde privados em 1992, contra 22.931 públicos (tab. 5.3 e 5.4, Anexo).

após a descentralização dos serviços de saúde como uma das diretrizes centrais do SUS, houve de fato ampliação da rede pública voltada para o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde, de baixo custo e grande impacto na saúde. A preponderância relativa de estabelecimentos públicos é observada também nas “unidades mistas”, onde existem alguns leitos para internação, mas onde são realizadas atividades típicas dos postos de saúde<sup>191</sup>.

Entretanto, quando se considera o conjunto dos estabelecimentos com internação (pronto socorro, unidade mista e hospital), a superioridade da rede privada é acentuada, embora com tendência a diminuir a partir da década de 80, o que corresponde à expansão relativa das unidades de pronto socorro públicas, além da preponderância pública no caso das unidades mistas. Em 1976, os estabelecimentos privados com internação correspondiam a cerca de 80% da rede em 1976, passando para 66,5%, em 1999 (Tab.10, Anexo).

No caso dos hospitais, a superioridade da rede privada é bem maior, embora com tendência ligeira de declínio a partir do final da década de 80 (Tab.11, Anexo), correspondendo ainda a cerca de 78% do total da rede hospitalar do país em 1992. Os investimentos para a ampliação da rede hospitalar pública – que envolve unidades de maior porte e com tecnologia mais sofisticada, demandando mais recursos –, foram menos relevantes do que na rede básica e bastante pontuais, permanecendo o SUS dependente da rede privada para a prestação de serviços hospitalares e de serviços especializados.

A proporção declinante de hospitais privados a partir da segunda metade da década de 80 tem como contrapartida o crescimento relativo das policlínicas e estabelecimentos voltados para atendimentos ambulatoriais clínicos ou de complementação diagnóstica, em geral, de maior densidade tecnológica. Para esses tipos de estabelecimentos é também crescente a inferioridade relativa da rede pública. Em 1992, quando foi feita nova categorização dos estabelecimentos na pesquisa AMS, as unidades de saúde destinadas a atividades de complementação diagnóstica e terapêutica, como também as clínicas, eram em sua maioria privadas: 83,58% e 95,81%, respectivamente. Depois dos

---

<sup>191</sup> A Unidade Mista é um “estabelecimento de saúde com atividades típicas de Postos e Centros de Saúde, acrescidos de leitos para internação de pacientes, basicamente nas clínicas pediátrica, gineco-obstétrica e cirúrgica, inclusive em situações de emergência/urgência, com assistência permanente de pelo menos um médico. O que distingue a Unidade Mista de um Hospital são atividades médico-sanitárias (por exemplo; vacinação rotineira, visita domiciliar e educação sanitária), que são obrigatoriamente desenvolvidas nas Unidades Mistas” (AMS/IBGE, 1992).

hospitais, esse tipo de estabelecimento era o mais importante entre o conjunto dos estabelecimentos de saúde privados.

Quando se considera o número de leitos, que é um indicador mais preciso da capacidade de atendimento da rede hospitalar, observa-se um ligeiro declínio relativo do número de leitos públicos durante a década de 80, com posterior ampliação nos anos 90, quando atinge quase 30% do total de leitos (Tab.1, Anexo). A evolução do número de leitos ilustra a opção pela compra de serviços hospitalares e o favorecimento dos investimentos privados nos anos 70, quando se verificou uma expansão da rede hospitalar privada. Se nos anos 50 os leitos privados constituíam pouco mais da metade dos leitos do país (Braga e Paula, 1981:75), eles são mais de 70% até o final da década de 90, mesmo tendo sofrido uma redução na segunda metade da década. A preponderância da rede privada é verificada em todas as categorias de hospitais, distinguidas pelo número de leitos (Tab.14, Anexo), sendo maior entre aqueles de capacidade média (entre 51 e 150 leitos), os quais, ao longo do tempo, constituíram quase sempre mais de 80% dos estabelecimentos. Entre os menores (com até 50 leitos) há uma tendência de ampliação relativa dos estabelecimentos públicos, que passam de 18% do total em 1976 para quase 34% em 1992, situação que deve ser explicada pelo predomínio de “unidades mistas” de caráter público, que incluem alguns leitos para internação. Em geral, entre as unidades de maior porte (mais de 150 leitos) há grande incidência relativa de estabelecimentos públicos quando comparados às unidades de médio porte, constituindo, em geral, mais de 20% do total.

As proporções diferenciadas da rede pública e privada se traduzem no volume dos atendimentos. Durante as décadas de 70 e 80, mais de 80% das internações registradas pela Pesquisa AMS ocorreram nos estabelecimentos privados, proporção que cai um pouco no final da década de 90, quando atinge 71% (Tab. 15, Anexo). Situação diferente ocorre com os “atendimentos elementares”, em sua maioria realizados em postos e centros de saúde (em torno de 60% em 1989 e 1990), estabelecimentos predominantemente públicos (Tab. 16, Anexo). Nesses dois anos, a grande maioria dos atendimentos de emergência e urgência e a maior proporção das consultas médicas foram realizados nos hospitais. Como a maioria dos hospitais é de natureza privada, é possível inferir que esses procedimentos foram realizados predominantemente na rede privada.

A distribuição dos estabelecimentos de saúde é bastante desigual entre as regiões do país. Embora durante a década de 80 tenha havido uma tendência de diminuição das

disparidades, a região Sudeste ainda concentra a maior parte dos estabelecimentos (38,27% deles em 1999, Tab. 17, Anexo). A região Norte, apesar do seu pequeno número de estabelecimentos, foi a que apresentou maior crescimento no período de 1981/1999, passando de 871 para 4.654 estabelecimentos, dos quais menos de 20% são privados, apontando para os esforços no sentido da efetiva implantação do SUS em todo o território nacional e para sua importância para a assistência à saúde na região (Tab. 18, Anexo). A região Sudeste não só concentra a maior parte dos estabelecimentos de saúde como também mais da metade deles são privados, refletindo a forma histórica de desenvolvimento da assistência à saúde no Brasil, tanto privada como pública, ou seja: voltada principalmente para os trabalhadores localizados nos setores produtivos mais dinâmicos e alicerçada sobre uma rede eminentemente privada. A situação da região Nordeste é peculiar, pois é a segunda com maior número de estabelecimentos de saúde desde o início da década de 80, dos quais aproximadamente 70% são públicos, refletindo os investimentos públicos em atenção primária na década de 70 nessa região. Nas regiões Norte e Nordeste até mesmo os estabelecimentos com internações são em sua maioria públicos (51,76% e 50,32%, respectivamente), bem acima da média nacional, de 34%. Entretanto, quando se considera a distribuição recente dos leitos hospitalares, indicador mais utilizado para medir a capacidade da rede hospitalar, o predomínio de leitos privados no ano de 1999 ainda é observado em todas as regiões, sendo que a menor proporção relativa está na Norte (59,71%), bem menor do que a média nacional, de 70,57% em 1999 (Tab. 19, Anexo). Na região Nordeste, também a maioria deles são privados, embora em proporção menor do que a média nacional. Essa região apresentou crescimento relativo dos leitos a partir de meados da década de 80, sendo superada apenas pela região Sudeste quanto à concentração de leitos. No geral, ocorreu aumento relativo dos leitos públicos e redução dos privados na década de 90, particularmente no período de 1992/99, que registra uma redução no número total de leitos<sup>192</sup>.

Entretanto, considerando o número de leitos em relação à população, as regiões Centro-Oeste e Sul possuem as situações mais favoráveis quanto a esse indicador de acesso hospitalar potencial. As regiões Nordeste e Norte têm maior número de leitos

---

<sup>192</sup> Essa redução é atribuída a “alterações ocorridas na organização e financiamento do setor saúde e na prática médica que resultaram na desativação de leitos e estabelecimentos especializados, a exemplo das mudanças de critérios de internação de pacientes crônicos (como na psiquiatria, fora de possibilidade terapêutica, por exemplo), na redução nas médias de permanência de pacientes com diferentes patologias, além de terapias e procedimentos que foram redirecionados para tratamento ambulatorial, dispensando internação” (IBGE, 2000).

públicos por habitantes, embora no geral tenham as piores situações quanto ao número tanto de leitos hospitalares quanto de leitos de UTI adulto e infantil (Tab. 20, Anexo). Isso reflete, mais uma vez, a concentração da rede hospitalar na região Sudeste, rede que é eminentemente privada. Mais de 75% dos leitos de UTI para adultos são privados e um pouco menos dos infantis (73,82%). Cerca de 55% deles estão concentrados na região Sudeste (AMS, 1999).

O número de atendimentos e internações reflete essas condições da oferta de serviços. Para os anos de 1989 e 1990 foi possível comprovar, mais uma vez, as desigualdades no acesso à assistência à saúde entre as regiões, medido pela utilização de serviços de saúde<sup>193</sup>. A região Sudeste apresentou o maior número *per capita* de todos os tipos de atendimentos, sejam elementares, de urgência e emergência, consultas médicas e internações (Tab. 21, Anexo). A utilização de serviços de saúde nessa região foi sempre superior à média nacional, ao contrário das regiões Norte e Nordeste, cujas taxas de procedimentos *per capita* foram sempre inferiores à média. A falta de leitos hospitalares se traduz também na menor taxa de internações: 210,41 e 203,73 por 1000 habitantes, respectivamente, em 1990, quando a média nacional foi de 250,79 e a maior taxa foi a da região Centro-Oeste (353,91 internações por 1.000 habitantes).

Pela pesquisa AMS é possível acompanhar a evolução do formato da assistência à saúde no Brasil a partir da identificação dos convênios dos estabelecimentos de saúde. Em geral, a tendência é de aumento progressivo do número de estabelecimentos de saúde que estabelecem convênios com outras instituições. Na maioria dos casos, esses convênios são com o setor governamental, inicialmente com a Previdência Social, por intermédio do INPS, depois com o INAMPS e recentemente com o SUS (Tab. 22 e 23, Anexo). Até meados da década de 80, crescem os convênios tripartites com a Previdência Social e empresas de medicina de grupo, embora esse tipo de arranjo não alcance nem 10% do total de estabelecimentos. A partir de 1985, são registrados os convênios dos estabelecimentos diretamente com empresas, os quais, no período de sete anos, passam de 14.421 para 24.256, o que coincide com a expansão da assistência

---

<sup>193</sup> O conceito de acesso a serviços de saúde é complexo e sujeito a diferentes definições. Entre as várias maneiras de conceituar o acesso, pode-se citar: a disponibilidade ou suprimento geral de serviços, as características das pessoas que podem potencialmente suprir-se desses serviços (como renda e cobertura por plano de saúde) e, ainda, por meio de medidas de resultados, como taxas de utilização efetiva dos serviços ou a percepção dos consumidores sobre a atenção (Fundação João Pinheiro, 1999:32). O acesso pode ser classificado como potencial e efetivo. O primeiro é medido por indicadores estruturais (que consideram a distribuição, organização e estrutura do sistema de provisão de serviços) e de comportamento (fatores facilitadores à utilização) e o efetivo por indicadores objetivos, como a utilização dos serviços, e subjetivos (Aday e Andersen 1981). Em situação de variações quanto à disponibilidade de serviços, a taxa de utilização pode ser um bom indicador de acesso.

privada no âmbito das empresas para seus empregados pelo sistema de autogestão ou pela contratação de operadoras comerciais. Os convênios com empresas – operadoras de planos de saúde ou empregadoras – em 1992 já eram encontrados em 34% dos estabelecimentos de saúde que mantinham convênios, quando os convênios com o INAMPS eram firmados com cerca de 65% desses estabelecimentos. Expressão do movimento de descentralização ensaiado com as AIS e o SUDS, nos anos 80 crescem bastante os convênios com órgãos públicos das três esferas de governo.

Os dados da última pesquisa AMS permitem visualizar melhor a natureza dos convênios ou contratos estabelecidos, na medida em que discriminam a natureza jurídica do estabelecimento. Em 1999, apenas 31,17% dos estabelecimentos de saúde privados do país prestavam serviços para o SUS, mas cerca de 90% deles tinham como compradores planos de saúde próprios<sup>194</sup> ou de terceiros (Tab. 24, Anexo). No conjunto, um pouco mais de 70% dos estabelecimentos prestam serviços para o SUS. Isso se explica pelo maior volume da rede pública, embora englobe aqueles estabelecimentos voltados em sua maioria para a atenção primária, que não é atendida pela rede privada. Mas se consideramos que a rede pública é muito menor no caso da atenção hospitalar e da atenção especializada, de tal forma que o SUS depende da rede privada para a prestação desses serviços, podemos inferir algumas conclusões desses dados. Como a prestação de serviços para o SUS é relativamente reduzida entre os estabelecimentos privados, mas é o SUS que atende à maior parcela da população, fica evidente que a população coberta pelos planos privados tem possibilidade muito maior de acesso à atenção hospitalar e à atenção especializada. O fato de o sistema de saúde ser não apenas dual, mas alicerçar-se em grande parte sobre a mesma rede de serviços privados tem, assim, implicações para o funcionamento do SUS. Em função das diferenças de valores pagos aos prestadores, caso o estabelecimento tenha condições favoráveis no mercado que lhe permitam prescindir do SUS, a sua opção será sempre vender serviços para os planos de saúde, exceto nos procedimentos para os quais os valores pagos pelo SUS sejam superiores.

Entre as regiões, há diferenças marcantes que refletem as diferenças na rede (predominantemente privada ou pública) e a maior ou menor amplitude da assistência médica supletiva. A situação mais emblemática da força da assistência privada e da preponderância da rede privada é a da região Sudeste, onde menos de 60% do conjunto

---

<sup>194</sup> A prestação de serviços para planos de saúde próprios pode se referir aos planos de saúde mantidos por hospitais, mas também aos estabelecimentos de saúde próprios de empresas de medicina de grupo ou de cooperativas médicas.



dos estabelecimentos de saúde prestam serviços para o SUS, mas quase a metade deles o fazem para planos privados de saúde. No outro extremo está a região Norte, cuja rede é predominantemente pública, em que 86,52% prestam serviços para o SUS e apenas cerca de 18% para planos de saúde.

Além de estabelecer a participação da iniciativa privada no SUS de forma complementar, a Constituição definiu também que deveria ser dada preferência às instituições filantrópicas e não lucrativas. Considerando a composição total da rede de serviços – estabelecimentos com e sem internação –, não parece razoável supor que em curto ou médio prazo fosse possível concretizar esse dispositivo constitucional. Em 1999 as instituições filantrópicas e beneficentes constituíam menos de 4% do total dos estabelecimentos de saúde no país, ao passo que as empresas (instituições lucrativas) perfaziam 34% do total. Mesmo considerando que a grande maioria dos estabelecimentos filantrópicos prestava serviços para o SUS (85% deles, Tab. 25, Anexo), o seu volume reduzido não oferece condições de superar a dependência da rede prestadora privada lucrativa por parte do SUS, embora apenas aproximadamente 24% dos estabelecimentos de caráter lucrativo prestem serviços para o sistema público. Isso em função da magnitude do setor privado, particularmente no caso dos estabelecimentos de caráter ambulatorial de maior especialização (serviços de apoio e diagnose e terapias).

Entretanto, no caso dos estabelecimentos com internação a relação do SUS com a rede filantrópica é realmente significativa. Cerca de três quartos dos estabelecimentos filantrópicos pertencem a essa categoria e constituem aproximadamente 20% do total desse tipo de estabelecimento (cerca de metade dos lucrativos, Tab. 26, Anexo). Isso significa que dos 1.858 estabelecimentos filantrópicos que prestam serviços para o SUS a grande maioria é de hospitais, uma vez que 1.598 estabelecimentos do total da rede filantrópica são estabelecimentos com internação<sup>195</sup>.

Os dados relativos à rede de prestadores efetivamente disponíveis para o SUS por meio de contratos ou convênios com o setor público, de acordo com dados do MS, apontam uma evolução no sentido de privilegiar a rede filantrópica. Esse tipo de prestador não é significativo para a prestação de serviços ambulatoriais, para os quais a

---

<sup>195</sup> A forma como o DATASUS disponibiliza os dados da PNAD não permite cruzamentos de mais de duas variáveis. Daí não ser possível cruzar, ao mesmo tempo, os estabelecimentos de acordo com a natureza jurídica, regime de atendimento e comprador de serviços. Entretanto, isso parece desnecessário no caso analisado, em que fica evidente que os estabelecimentos filantrópicos que prestam serviços ao SUS sejam da categoria de estabelecimentos com internação, considerando sua superioridade em relação aos outros tipos dentro dos filantrópicos.

rede pública é responsável pela maior parte dos atendimentos, e o peso da rede privada de caráter lucrativo é significativo. Mas no caso da rede hospitalar, a importância dos prestadores filantrópicos é bastante relevante. Em 2002, eles correspondiam a 29% dos hospitais da rede do SUS, um pouco menos do que os hospitais privados contratados (31,68%, Tab. 27, Anexo). Entretanto, a disponibilidade de leitos hospitalares de entidades filantrópicas é um pouco superior que a de leitos de estabelecimentos de caráter lucrativo. No caso de leitos de UTI, essa superioridade é significativa. Nos últimos anos houve uma queda tanto nos estabelecimentos quanto no número de leitos hospitalares e de UTI disponíveis para o SUS, refletindo uma tendência geral.

Isso significa que, de fato, no caso da rede hospitalar, o SUS atualmente conta mais com os estabelecimentos filantrópicos do que com os privados lucrativos. A legislação fornece incentivos financeiros e fiscais para que as entidades filantrópicas atendam à demanda pública ao isentá-las do recolhimento de alguns impostos com a contrapartida de que, no mínimo, 60% de seus atendimentos sejam voltados para a clientela do SUS ou que, alternativamente, aplique anualmente em gratuidade pelo menos vinte por cento de sua receita (Decretos n. 2.536/98 e n. 4.499/2002)<sup>196</sup>. Outro mecanismo de incentivo aos hospitais filantrópicos é o Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre os Hospitais Beneficentes sem fins lucrativos com o Sistema Único de Saúde (Integratus). Iniciado em abril de 2001, prevê um benefício extra de até 30% sobre o valor pago pelas internações hospitalares nas entidades filantrópicas. Como efetivação desse incentivo, a partir de setembro desse mesmo ano os hospitais que possuíam o Certificado de filantropia emitido pelo Conselho Nacional de Assistência Social passaram a receber um incentivo mensal de 8% sobre o valor total pago pelos serviços de internação hospitalar<sup>197</sup>.

Entretanto, apesar da tentativa de ampliar o atendimento ao SUS pelos hospitais filantrópicos, não se pode inferir que sua predominância na rede SUS aconteça exclusivamente por obediência ao princípio constitucional de privilegiamento dos

---

<sup>196</sup> Os benefícios fiscais favorecem às entidades que obtenham o Certificado de Assistência Social (CEAS), emitido pelo Conselho Nacional de Assistência Social. Entre os benefícios estão a isenção do Imposto sobre Serviços (ISS) e da contribuição do empregador para a Previdência Social. No final do governo do presidente Fernando Henrique Cardoso foi publicado um decreto (n. 4.481/2001), definindo critérios para a classificação de hospitais como estratégicos que poderiam obter incentivos condicionados ao atendimento de 30% de clientes do SUS. Esse decreto foi revogado pelo presidente Lula (pelo Decreto N. 4.588/03), sob a alegação de tratamento privilegiado a alguns hospitais privados, inclusive os lucrativos, e que tinha contado com a oposição do Conselho Nacional de Saúde e da Confederação das Santas Casas de Misericórdia.

<sup>197</sup> Em decorrência desse incentivo, em 15/8/01 o Ministério da Saúde autorizou a aplicação de R\$124,1 milhões por ano em 1.689 hospitais filantrópicos ([www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)).

prestadores do tipo filantrópico. Considerando as dimensões da rede filantrópica, insuficiente diante das necessidades do SUS, uma hipótese plausível é a de que o movimento de desligamento do SUS ocorra também a partir dos próprios prestadores privados lucrativos, pelo menos de vários deles, fato que é confirmado pelos gestores do SUS e de hospitais. A relação com os prestadores de serviços, particularmente hospitais e clínicas especializadas, dos quais o sistema público depende, tem sido, muitas vezes, bastante conflitiva. Insatisfeitos com os valores pagos pelo sistema público aos seus serviços, a demanda por melhores ganhos tem sido uma constante na relação entre os gestores públicos e os prestadores. Muitos deles, em geral aqueles que fizeram maiores investimentos tecnológicos, desligaram-se do sistema público. Entre esses, muitos daqueles que se beneficiaram na década de 70 dos empréstimos governamentais subsidiados, que naquela época foram concedidos para ampliação da rede hospitalar, da qual deveria se beneficiar também o sistema público, uma vez que a compra de serviços era a orientação governamental. Grande parte dos hospitais, entretanto, ainda depende do SUS, que continua sendo o maior comprador de serviços, de tal forma que a ação da Federação Brasileira dos Hospitais é prioritariamente voltada para o setor governamental, na tentativa de obter maiores ganhos para o setor em uma situação identificada como de crise<sup>198</sup>. Além disso, em algumas áreas os valores pagos pelo SUS são atraentes para os prestadores quando comparados com os valores pagos pelas diversas modalidades de planos privados, levando a uma tendência entre os hospitais com maior tecnologia de privilegiar os procedimentos mais complexos, mais bem remunerados, em detrimento dos demais<sup>199</sup>. Trecho de entrevista com um gestor do SUS é elucidativo:

Eu vejo a rede hospitalar brasileira hoje em três caminhos. Tem uma parte que se descolou completamente da agenda pública - são os hospitais que não tem uma relação com o SUS. Tem um outro pedaço que é dependente do SUS mas que tem força suficiente pra escolher os serviços que tem interesse em prestar, e é onde tem mais impacto para a gestão. E tem um terceiro grupo que é exclusivamente dependente do SUS; esses incorporaram menos tecnologia e se especializaram em baixa qualidade, em ganhar com o pedaço da tabela que é o pior pedaço, que são os procedimentos de baixa complexidade<sup>200</sup>.

<sup>198</sup> Essa prioridade pode ser observada pela pesquisa no portal da FBH e em suas publicações, nas quais as questões relativas ao setor público aparecem com muito mais frequência e é assumida a importância do SUS como porta de entrada principal ao sistema hospitalar privado.

<sup>199</sup> Pesquisa de França (2002:10) entre os hospitais contratados pelo SUS em Belo Horizonte mostra claramente essa situação. Entre os seis hospitais de maior porte contratados, os procedimentos de alta complexidade eram largamente majoritários e crescentes em relação ao total pago pelo SUS: passaram da faixa de 55 a 80% do total em 1992 para 56 a 90% do total em 1995, entre o conjunto desses hospitais.

<sup>200</sup> Entrevista com Helvécio Miranda Magalhães Júnior, da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, realizada em 12/12/02.

Além da escolha de procedimentos a serem feitos para o SUS, outros expedientes são utilizados pelos hospitais como estratégia de sobrevivência, como a seleção de clientelas, a dupla cobrança (do SUS e dos planos privados de saúde), a emissão de mais de uma guia de internação (AIH) por paciente, cobranças indevidas e outras fraudes comumente identificadas nas auditorias.

O cumprimento do dispositivo constitucional que define o estabelecimento de contratos de direito público com os prestadores privados ainda não é uma realidade no SUS, embora tenham ocorrido avanços nesse sentido. De fato, nem os hospitais em sua maioria se vinculam ao SUS por meio de um contrato de direito público, como também são muitas as dificuldades operativas para acompanhar a execução dos contratos quando eles são formalizados. Uma vez que a saúde foi considerada de relevância pública, as intenções do movimento sanitário pareciam ser, como apontou Lucchesi (1996), no sentido de redefinir a natureza do vínculo jurídico que regulamentava as relações entre o Poder Público e o setor privado, sob a forma de concessão de uma função social, submetendo o empresário privado às normas conveniadas e à regulação pelo Poder Público, de acordo com as necessidades da população. Os prestadores de serviço, da mesma forma que tentaram barrar essa decisão na Constituinte, têm resistido a essa forma de contratação, apesar da pressão atual do Ministério da Saúde no sentido de fazer cumprir a obrigação constitucional por meio da regularização contratual<sup>201</sup>.

As dificuldades de fazer valer o interesse público na relação com os prestadores privados e de enquadrá-los como concessionários de uma função pública reflete a baixa capacidade regulatória, também um legado da política de saúde anterior. A submissão

---

<sup>201</sup> O exemplo de Belo Horizonte ilustra a resistência política, capitaneada pela Federação Brasileira de Hospitais, conforme entrevista concedida por Helvécio Magalhães, em dezembro de 2002, médico que trabalha na área de regulação do SUS/BH: “A questão dos contratos continua com muita dificuldade. Belo Horizonte foi a primeira grande cidade a assumir a gestão semiplena em 1994 e trouxe para dentro da Prefeitura as dificuldades nas relações com os prestadores que vinham se travando desde a época do INAMPS. Como primeiro movimento, foi se tentar cumprir a legislação no sentido de regulamentar formalmente a rede prestadora, o que teve uma obstrução política importante que só hoje começa a se quebrar efetivamente. Houve um obstáculo formal da Federação dos Hospitais contra a contratação. E como Belo Horizonte estava sozinha propondo isso, a prefeitura era muito fraca. Mas hoje é uma questão nacional, o país todo está fazendo contrato. O Ministério tem insistido muito nos últimos anos nisso e colocou um prazo para outubro de 2002. A partir daí, sem a realização de contratos os prestadores não teriam autorização para processar serviços. Mas naturalmente que esse prazo foi adiado, porque existem muitas dificuldades operativas”. Entre essas, ressalta a dificuldade de controlar as internações, uma vez que os prestadores têm conseguido contornar o sistema de controle do setor público, mantendo um fluxo de internações que não passam pelo sistema ambulatorial público, ocasionando, na visão do gestor, internações desnecessárias. Desta forma, torna-se possível questionar a idéia corrente sobre a insuficiência de leitos para o SUS, acreditando que se o setor público fosse capaz de regular o fluxo de internações não haveria filas para internação, como acontece atualmente, pelo menos em algumas áreas, senão em todas.

aos interesses privados, que caracterizou a política de saúde até os anos 80, atrofiou a capacidade regulatória governamental de forma a possibilitar a transição para uma regulamentação sob a lógica do interesse público, que enfrenta ainda forte resistência dos interesses consolidados no setor privado.

A fragilidade governamental na sua função reguladora, entendida aqui como a capacidade de estabelecer e fazer cumprir regras para as relações com o setor privados prestador, é reconhecida pelo próprio Ministério da Saúde:

... a expansão do setor hospitalar privado no Brasil na década de setenta ocorreu de forma acelerada e financiada pelo Estado, sem ser, contudo, desenvolvida a capacidade de comprar, por parte do setor público, os serviços de assistência hospitalar, ou mesmo os mecanismos legais adequados para exercer direitos e contratar obrigações entre as partes (Secretaria de Assistência à Saúde/MS, 2001:4).

A experiência brasileira é escassa em experiências concretas bem sucedidas de contratação de estabelecimentos de saúde, o que tem dificultado o desenvolvimento da capacidade reguladora dos gestores do sistema público de saúde” (idem:11).

Por não terem desenvolvido a sua capacidade reguladora, mesmo sendo os principais compradores de serviços de saúde, os gestores do SUS atuam de acordo com a lógica da oferta privada e nem sempre ou quase nunca de acordo com as necessidades da demanda. Nesse caso, o peso do aprendizado com a trajetória da política de saúde é muito mais no sentido de submissão à lógica dos prestadores e ausência de uma conduta publicista no trato das relações com o setor privado<sup>202</sup>.

A forte dependência da rede hospitalar privada tem como um dos seus efeitos fragilizar o setor público na sua atividade reguladora e na capacidade de negociação. Nos locais onde a rede pública é maior há mais facilidade de gestão da rede privada contratada pelo SUS. Uma das expressões mais iníquas das dificuldades de controle da rede privada é a persistência de formas privilegiadas de acesso à rede hospitalar que não passam pelos mecanismos formais do SUS, que define como porta de entrada do sistema as unidades prestadoras de assistência básica e as equipes de saúde da família<sup>203</sup>. Essa prática, além de favorecer setores da população mais privilegiados, em

---

<sup>202</sup> Quero dizer com isso que a regulamentação falha no objetivo de publicizar a rede contratada no sentido de garantir o interesse público e de se antepor ao interesse privado, tendo em vista a relevância pública atribuída às atividades de saúde. Em outros aspectos, existem muitos avanços na regulação e controle, particularmente o controle da produção e do faturamento dos serviços.

<sup>203</sup> Entre essas formas, sobressaem: a realização de consulta ambulatorial pelo plano de saúde do hospital, mas encaminhamento da internação pelo SUS; a realização de consulta “particular” (pelo desembolso direto) e internação pelo SUS, no caso de ser possível o acesso privilegiado a partir da intermediação de profissionais com duplo vínculo de trabalho. As centrais de regulação são um dos instrumentos pensados

especial aqueles cobertos por planos privados de saúde, impede o controle mais rigoroso da demanda e dos custos dos atendimentos hospitalares, que conseguem ser, ao mesmo tempo, o maior gargalo das contas do sistema público e a principal fonte de insatisfação com o sistema, em função das dificuldades que se antepõem para o acesso ao atendimento hospitalar para aqueles que não conseguem esse acesso privilegiado<sup>204</sup>. A universalização enquanto direito nem sempre se traduz, assim, em acesso universal. Isso contribui para a constituição de uma imagem negativa do sistema público, na qual a “falta de vagas” nos hospitais é considerada um de seus pontos de estrangulamento mais graves e de maior visibilidade, mesmo que em muitos casos isso não corresponda à realidade<sup>205</sup>.

A inadequada regulação governamental sobre a rede privada de prestação de serviços de saúde, ou a falta dela, torna ainda problemática o cumprimento pelos hospitais privados da função pública de prestação de serviços de saúde. Isso se complica mais na medida em que é essa mesma rede que presta serviços para as diversas modalidades de planos privados de saúde, inviabilizando, de fato, sua efetiva publicização. O resultado desse arranjo é a vulnerabilização do sistema público, com as conhecidas conseqüências em relação ao acesso e à qualidade dos serviços prestados, situação que reforça os planos privados, instaurando-se um círculo vicioso.

---

para o controle, regulação e avaliação dos SUS, e podem abarcar, entre outros, as centrais de marcação de consultas e exames e as centrais de leitos, que são formas organizativas de encaminhamento de pacientes e de garantia de internação. Na prática, nem todas as internações passam pelas centrais, mesmo onde elas estejam operando.

<sup>204</sup> De acordo com o gestor entrevistado, a falta de vagas para CTI é outra ilustração da dificuldade de controle da rede privada pelo SUS, isso em decorrência, muitas vezes, de práticas médicas que levam a uma superutilização desses leitos no caso de cirurgias eletivas (programadas), o que tem como resultado a indisponibilidade de vagas para as urgências – situação em que a falta de leitos CTI tem grande visibilidade pública. A força da categoria médica para definir os procedimentos necessários com grande autonomia é um dificultador da regulação pública da assistência prestada e causa de grande parte dos conflitos que não se restringem à relação com o setor público, mas atingem também a relação dos médicos com as empresas operadoras de planos privados.

<sup>205</sup> A inexistência real de falta de vagas é sugerida no depoimento do técnico da Secretaria Municipal de Belo Horizonte, em entrevista já citada: “Nós temos alguns problemas objetivos quanto à disponibilidade de leitos, mas não é regra geral. Temos estrangulamentos específicos, muito pontuais, hoje. A nossa aposta é que regulando 100% dos fluxos nós vamos tratar com critérios de necessidade e não com formas privilegiadas de acesso. Isso vai significar, inclusive, numa reconformação do mercado prestador. Porque impedir essa porta que leva à iniquidade, significa impedir que quem consegue pagar uma consulta e não consegue pagar internação entre mais fácil do que quem não consegue pagar nem uma consulta”.

### 5.3 Cobertura e perfil dos usuários da assistência à saúde pública e privada

Outra forma de constatar as conseqüências das políticas anteriores e de entender a dependência das escolhas presentes da própria trajetória da política de assistência à saúde consiste em verificar como essa se repercute e se objetiva no perfil da clientela e nas formas de cobertura. Um dos efeitos *lock-in* das escolhas passadas se traduziu na inserção de determinados segmentos populacionais em um dos dois sistemas de saúde desenvolvidos no país: o público e o privado. O fato de a origem da assistência privada ter se dado principalmente na esfera das relações de trabalho traduziu-se no formato principal que ela assumiu e que permaneceu ao longo do tempo, em decorrência dos interesses e atitudes favoráveis que o processo engendrou. Ao mesmo tempo, o duplo movimento de institucionalização das duas formas de provimento da assistência à saúde se expressa na análise da clientela e na cobertura e utilização dos serviços de saúde. Desta forma, é possível constatar objetivamente o modelo híbrido, suas conseqüências sobre os usuários e a sua institucionalização traduzida não apenas nas organizações constituídas, mas no perfil e práticas concretas dos usuários.

A análise dos dados da PNAD/1998 permitiu confirmar os efeitos da configuração institucional híbrida da política de saúde e também possibilitou o questionamento de algumas representações reiteradas na sociedade que não se sustentam empiricamente. A partir desses dados, foi possível fazer a mensuração da clientela dos planos e seguros de saúde e a identificar o seu perfil, comparando-o com o da população que não participa da assistência privada, usuária do SUS ou integrada na medicina liberal propriamente dita, nesse último caso arcando diretamente com os custos da assistência médica utilizada, além da identificação de algumas formas de interconexão entre os dois sistemas de assistência.<sup>206</sup>

A primeira questão a ser considerada é que até a realização da PNAD havia uma superestimação por parte das operadoras comerciais quanto à extensão do segmento populacional coberto por planos e seguros privados de saúde, segundo as quais a

---

<sup>206</sup> Minha exploração dos dados da PNAD foi bastante ampla, tendo sido utilizada a maioria dos dados e variáveis pertinentes ao meu objetivo de mensurar e descrever a clientela dos planos de saúde privados, em contraponto à clientela do SUS ou independente dos dois sistemas. Foram feitos vários cruzamentos e construídas novas categorias a partir das variáveis originais. Uma análise exaustiva ou detalhada desses dados seria uma incursão exagerada para os objetivos deste trabalho. Mas, considerando que o esforço dispendido pode ser útil para outros interessados, todas as tabelas estão disponíveis no anexo, tendo sido feita a expansão da amostra para o universo, que é a população do país.

cobertura era de cerca de 30% da população do Brasil. De fato, de acordo com a PNAD, essa cobertura se limitava a 24,48%, o que em 1998 significava mais de trinta e oito milhões de pessoas<sup>207</sup> (Tab. 28, Anexo). Mas se confirma a concentração absoluta e relativa desses usuários nas regiões Sudeste e Sul do país, onde cerca de 32% e 25% de suas populações, respectivamente, são cobertos por planos privados. O estado de São Paulo tem a maior concentração de população coberta, seguido do Distrito Federal e do Rio de Janeiro, os três com 30% ou mais de suas populações com acesso a planos privados, bem acima da média nacional. A região Nordeste é a que apresenta menor cobertura (12,39% da população), mas com grande disparidade intra-regional, variando entre 5,90% no Maranhão a 17,37% da população em Pernambuco.

Entre os fatores principais que são responsáveis por essas disparidades entre regiões e estados, chama atenção a concentração das operadoras de planos de saúde privados nas regiões com maior disponibilidade de renda, onde, conseqüentemente, também se concentra a população com capacidade de compra de planos de saúde. Historicamente, as grandes operadoras tenderam a se concentrar nesses locais, particularmente nas regiões Sul e Sudeste, e apenas mais recentemente têm se expandido para outras regiões e cidades do interior do país mediante novas modalidades, apesar de as grandes empresas de saúde continuarem concentradas nas grandes cidades<sup>208</sup>. Em segundo lugar, e supostamente guardando relação com a maior renda, a concentração de usuários nessas regiões está relacionada ao fato de que é também nas regiões e estados com maior desenvolvimento econômico que se concentram as empresas de maior porte. Essa situação se expressa na maior incidência relativa de pessoas cobertas por planos empresariais nessas regiões: essa proporção atinge mais de 40% nas regiões Sul e Sudeste, ao passo que nas regiões Norte e Nordeste alcança apenas 20% e 25%, respectivamente (Tab. 29, Anexo)<sup>209</sup>. Isso é

---

<sup>207</sup> Esse número é superior ao que consta no cadastro da ANS, que registra, em 2001, 28.864.991 pessoas cobertas por planos privados. Como os dados da ANS não consideram os planos de instituições públicas, é possível estimar que as duas cifras se aproximam: de acordo com a PNAD, os planos de servidores públicos cobriam cerca de 3.630.761 dos titulares de planos de saúde. Considerando que os titulares correspondiam a 42% dos cobertos, pode-se estimar que a cobertura total por planos de servidores públicos era de 8.644.669 pessoas. Essas, somadas às registradas no cadastro da ANS, dariam uma cobertura total de 37.509.660 pessoas, número bem mais próximo ao obtido através da PNAD, mas ainda inferior.

<sup>208</sup> Como foi visto no capítulo 3, apenas a região Sudeste concentra cerca de 61% do total das operadoras do setor de saúde suplementar (Tab. 8, Anexo).

<sup>209</sup> As variáveis originais da PNAD não fazem distinção entre planos empresariais e individuais, discriminando apenas os planos de servidores públicos. Essas categorias foram construídas a partir das variáveis que discriminavam o responsável pelo pagamento dos planos: o empregador, o titular, por meio do trabalho (atual ou anterior) ou diretamente ao plano, apenas esse último sendo considerado como plano individual. Considerei como plano empresarial aqueles casos em que o pagamento era feito,



bastante evidente no caso de São Paulo, onde historicamente se desenvolveram inicialmente tanto as medicinas de grupo quanto as cooperativas médicas, ambas a partir dos convênios com empresas para cobertura de seus empregados. Além de São Paulo, os estados de Santa Catarina, Mato Grosso e Paraná também têm proporções superiores a 40% de planos empresariais no conjunto de pessoas cobertas por planos privados, sendo Mato Grosso um caso discrepante dentro da região Centro-Oeste. Na região Norte, o estado do Acre também chama a atenção pela alta proporção relativa de planos empresariais (53,85%), fato que é irrelevante, tendo em vista que a cobertura pela assistência privada no estado é muito baixa, não atingindo 15% da população. Os planos próprios de servidores públicos são relativamente mais significativos nas regiões Norte e Centro-Oeste, nessa última estando vinculados à grande concentração de funcionários públicos na capital federal. Os planos individuais, que pressupõem disponibilidade de renda na medida que não têm a participação de empresas no seu custeio, são mais importantes no Sudeste, onde aqueles vinculados a servidores públicos são relativamente bastante minoritários.

A relação entre a amplitude da assistência privada e a disponibilidade agregada de renda pode ser visualizada pela comparação entre estados a partir de alguns indicadores de condições socioeconômicas, como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)<sup>210</sup> e um dos seus componentes, o Índice de Renda (PIB *per capita*), e a proporção de pobres, a qual pode ser potente para inferir a capacidade de consumo (Tab. 30, Anexo). Embora não haja uma sobreposição entre esses indicadores, comparados com a cobertura por planos privados, algumas tendências são bastante claras no sentido de expressar uma relação direta entre cobertura por planos privados e melhores indicadores de condições socioeconômicas. Ao passo que a maior proporção de pobres encontra-se no Maranhão, a menor está em São Paulo, mostrando uma relação inversa entre pobreza e cobertura por planos de saúde nos dois casos extremos de menor e

---

exclusivamente ou não, pelo empregador no trabalho atual ou anterior, excluindo os planos de servidores públicos. Podem existir casos em que, apesar de o empregador assumir o pagamento, não se tratar de planos empresariais, mas de trabalhadores domésticos. Esse dado, devido a sua pequena incidência, não interfere na análise.

<sup>210</sup> O IDH é uma medida sintética de condições de vida, aplicado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) desde 1990 e tem como finalidade comparar o estágio de desenvolvimento entre países. Ele é composto de três índices – renda, educação e longevidade –, aos quais são atribuídos pesos iguais. O índice longevidade é obtido com o indicador esperança de vida ao nascer; o índice educação pelos indicadores taxa de alfabetização de adultos e a taxa combinada de matrícula nos três níveis de ensino; e o índice renda, pelo PIB *per capita*. Com base no valor obtido para o IDH, que varia de 0 a 1, os países, estados ou municípios são classificados em três níveis de Desenvolvimento Humano: baixo (IDH até 0,5); médio (entre 0,5 e 0,8) e alto (acima de 0,8). O IDH foi calculado no Brasil, para Estados e Municípios, por pesquisa realizada pelo IPEA e Fundação João Pinheiro.

maior cobertura pela assistência privada. O mesmo se verifica no caso do IDH, em que os melhores índices são de São Paulo, Rio Grande do Sul e Distrito Federal, onde também é alta a cobertura por planos privados. Quanto ao Índice de Renda, os quatro maiores valores são encontrados exatamente nas Unidades Federativas com maiores coberturas por planos privados de saúde, que são o Distrito Federal, São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul.

Em outro nível de análise, tomando o indivíduo como unidade, a importância da renda para a cobertura por planos privados é bastante evidenciada a partir da PNAD. No interior de cada faixa de renda, a cobertura relativa cresce proporcionalmente ao aumento da renda familiar *per capita*, de forma que quanto mais alta for essa renda, maior será a cobertura relativa, atingindo cerca de 88% na população com renda familiar mensal *per capita* superior a 20 (vinte) salários mínimos e apenas pouco menos de 10% da população com renda de até meio salário mínimo (Tab. 31, Anexo). Embora cerca de 75% da população brasileira tenha uma renda familiar *per capita* mensal de até dois salários mínimos, apenas 40% dos cobertos por planos de saúde privados se situam nessa faixa de renda familiar.

Entretanto, quando se considera apenas a população coberta por planos de saúde, em quase todas as Unidades da Federação a maior concentração relativa de pessoas cobertas se dá no segmento de renda mensal familiar *per capita* na faixa entre um e dois salários mínimos. Por um lado isso expressa a concentração populacional nessa faixa de renda baixa, mas por outro também aponta a existência de grande contingente de pessoas de baixa renda cobertas pela assistência privada (Tab. 32, Anexo)<sup>211</sup>. Para o conjunto do país, cerca de 40% das pessoas que têm planos de saúde privados têm renda familiar mensal *per capita* inferior a dois salários mínimos.

A maior incidência de população coberta na faixa de 1 a 2 salários mínimos merece ser qualificada, na medida em que nesse cômputo estão sendo considerados tanto os titulares dos planos de saúde quanto os seus dependentes. Quando se considera apenas o conjunto dos titulares, que em geral são os responsáveis pelo pagamento do plano, com ou sem participação do empregador, a maior proporção de pessoas se situa nas faixas de renda individual entre 3 e 10 salários mínimos. Essa concentração ocorre para o conjunto dos titulares, mas também no caso dos planos empresariais e de

---

<sup>211</sup> As exceções a esse padrão ocorrem apenas em quatro estados: Acre, Sergipe, Espírito Santo e Distrito Federal. No caso do Distrito Federal, a maior cobertura relativa é na faixa entre 5 e 10 salários mínimos, expressando o maior nível de renda (IDH-Renda mais alto) dessa UF. Nos outros três estados, a cobertura é maior relativamente na faixa entre 2 e 5 salários mínimos.

servidores públicos, tratando-se ambos de planos organizados pelo empregador para seus empregados (Tab. 33, Anexo). Considerando que os planos empresariais são mais comuns nas grandes empresas, nas quais também as condições salariais tendem a ser melhores, é plausível a hipótese de que nesse caso a relação renda/cobertura por planos de saúde privados não é direta, mas medida pela forma de inserção no mercado de trabalho. Ou seja, trabalhadores com melhor situação de emprego não apenas tendem a ter maiores salários, mas também outros benefícios indiretos, como a assistência à saúde, custeada parcial ou totalmente pelo empregador. Nesta situação, a cobertura privada não está relacionada à capacidade de aquisição de um plano, mas ao vínculo de trabalho. Menos de 30% dos titulares têm renda de até 3 salários mínimos, independente do tipo de plano. Entre aqueles que tem renda inferior (de 1 a 2 salários mínimos), mais de 63% são cobertos por planos empresariais custeados, total ou parcialmente, pelo empregador, e ainda uma pequena parcela (menos de 10%) tem plano de saúde privado a partir de sua inserção anterior em um plano empresarial. A proporção relativamente alta de titulares de planos de saúde em faixas de renda baixas não se justificaria, assim, apenas pela razão óbvia da grande concentração populacional nas faixas. A explicação está no tipo de plano que predomina no país, que se relaciona com a inserção no mercado de trabalho, o que permitiria aos trabalhadores de baixa renda terem acesso a planos privados, sejam como titulares ou na qualidade de dependentes de pessoas cobertas por planos coletivos.

A associação entre o tipo de plano e a renda dos titulares é mais nítida, contudo, nas faixas de renda mais altas, uma vez que a incidência relativa de planos contratados individualmente, como era de se esperar, é diretamente relacionada à renda, atingindo 46% dos titulares com renda mensal superior a 20 salários mínimos<sup>212</sup>. Mesmo nessa faixa de renda mais alta, a maioria dos titulares está vinculada a planos coletivos ligados ao trabalho atual ou anterior, o que mostra a preponderância desse tipo de assistência privada como o principal legado da trajetória da assistência no país. Para o conjunto dos titulares de planos de saúde, apenas cerca de 30% deles são contratados diretamente. Entretanto, não deixa de ser relevante, se comparada com a renda, a participação em planos individuais de expressiva parcela da população com renda baixa – sempre superior a 20% em todas as faixas de renda dos titulares. Isso pode significar um ônus

---

<sup>212</sup> Foi observada uma grande proporção de titulares que não possuíam nenhuma renda na categoria residual (cerca de 50%). Isto é, naqueles planos que não são nem empresariais, nem de funcionários públicos, nem contratados individualmente. Essa situação sugere a ocorrência de financiamento de planos individuais para pessoas inativas, desocupadas ou de mais baixa remuneração por terceiros (pais, avós etc).

pesado para o orçamento familiar, que, em princípio, seria injustificado, uma vez que a população conta com um sistema público de saúde pretendidamente de acesso universal.

A segmentação das clientela nas duas formas de assistência à saúde é acentuada quando relacionada à atividade das pessoas. A assistência privada é claramente uma assistência para os setores urbanos, sendo que a cobertura privada para a população não agrícola é superior a 30% para o conjunto do país (Tab. 34, Anexo). Entre a população com atividades agrícolas, a cobertura por planos privados é bastante reduzida em todas as Unidades da Federação, variando de 0,25% da população agrícola no Maranhão a 12,60% em São Paulo, a média do país ficando em 4,03%. Apesar da baixa cobertura privada, são grandes as diferenças entre estados e regiões, reproduzindo-se entre a população agrícola, em outra escala, os diferenciais observados para o conjunto da população. Ou seja, os estados e regiões com maior cobertura por planos privados são também os que apresentam maior cobertura da população agrícola, embora a assistência à saúde privada se concentre nas cidades e entre as ocupações urbanas. A situação da região Nordeste chama a atenção, pois, embora tenha a maior população relativa em atividade agrícola (39,53% da população ocupada da região e 49,25% da população agrícola do país), tem a menor proporção de população agrícola coberta por planos de saúde (1,17%). Essa região apresenta também uma cobertura privada para a população não agrícola bem menor do que a média nacional. A importância do SUS para as regiões Norte e Nordeste é evidente e reflete o desenvolvimento histórico das organizações privadas, que privilegiaram as regiões mais desenvolvidas e com maior disponibilidade de renda. Como se viu, é nessas regiões que se concentra a maior proporção de estabelecimentos de saúde públicos em contrapartida ao baixo investimento privado.

Para o conjunto da população brasileira não existe diferença significativa entre a população economicamente ativa e a não economicamente ativa quanto à cobertura por planos de saúde privados: em torno de 25% de ambos os grupos possuem planos. Da mesma forma, a condição de ocupação não influi na cobertura por planos de saúde, pois tanto as pessoas ocupadas quanto as desocupadas apresentam proporções similares de cobertura, também em torno de 25% (Tab. 35, Anexo). Mas, considerando apenas a população coberta por planos de saúde, a proporção de pessoas desocupadas é bastante reduzida – cerca de 5% do total. Entre a população desocupada que participa de planos, 80% o fazem na condição de dependentes, ao passo que 68% das pessoas ocupadas são titulares dos planos de saúde. Considerando a ocupação das pessoas, a maior inserção relativa em planos privados se dá entre militares e funcionários públicos estatutários –

71,02% e 66,62% da categoria, respectivamente, sendo coberta, embora constituam apenas cerca de 16% da população coberta (Tab. 36, Anexo). Em termos absolutos, o maior contingente de cobertos está entre os empregados com carteira assinada (52,74% do total de pessoas cobertas e quase 40% da categoria). Confirma-se, assim, de forma indireta, a preponderância dos planos vinculados ao contrato de trabalho, sejam empresariais ou de servidores públicos civis e militares, esses últimos pioneiros na criação de planos diferenciados de assistência à saúde. Esses três grupos constituem mais de 60% dos participantes e mais de 70% dos titulares de planos de saúde entre a população ocupada<sup>213</sup>. Entretanto, como era esperado, pequena parcela deles contrata planos de saúde diretamente. Em sua maioria, seus planos são coletivos, custeados em parte ou totalmente pelo empregador (Tab. 37, Anexo).

Não existem diferenças significativas em relação à idade entre a população coberta por planos privados e a distribuição geral da população quanto à idade. Em geral, a distribuição etária da população usuária de planos de saúde acompanha a composição etária da população, pois os diferenciais relativos não atingem nem cinco por cento em nenhuma das faixas etárias (Tab. 38, Anexo). À primeira vista, essa constatação parece derrubar a hipótese de que o acesso a planos privados seria dificultado para a população mais velha em função dos preços crescentes cobrados em função da idade. Pelos dados da PNAD, observou-se, de fato, uma proporção ligeiramente maior de cobertura relativa nas faixas de 30 a 65 anos, embora não muito significativa. A menos que se considere que essa população deveria apresentar uma cobertura maior, uma vez que as necessidades de utilização de serviços de saúde tendem a crescer com a idade, os preços, à primeira vista, não têm influenciado a cobertura por faixa etária. Essa conclusão, contudo, é enganosa, na medida em que a seleção de riscos praticada pelas operadoras de planos e seguros de saúde, que costuma se traduzir em restrições ao acesso de idosos, aplica-se apenas aos planos individualmente contratados, não sendo usual nos empresariais ou de funcionários públicos. Em alguns desses, inclusive, é possível a manutenção do vínculo com o plano assistencial depois da aposentadoria ou após deixar de fazer parte do quadro de funcionários da empresa ou órgão público<sup>214</sup>. De fato, é significativa a incidência de planos vinculados ao trabalho

---

<sup>213</sup> Os empregados com carteira assinada constituem 52,74% dos titulares de planos de saúde. Os funcionários públicos estatutários constituem 18,99% e os militares, 1,62%. O fato de ser empregado com carteira assinada não significa que seja usuário de um plano empresarial. Mas esse dado, cotejado com outros, permite inferir que se trata, pelo menos em sua maioria, de integrantes de planos coletivos.

<sup>214</sup> Pelos dados não é possível saber se essa vinculação se mantém nos casos de aposentadoria ou de demissão, ou ambos. A situação mais comum parece ser a dos planos de funcionários públicos em que se

anterior entre os titulares com mais de 65 anos (26%, Tab. 39, Anexo). Em contrapartida, no caso de planos contratados individualmente diretamente junto a uma operadora comercial, quando a responsabilidade pelo pagamento é total, apenas 13% dos titulares têm mais de 65 anos, o que sugere a limitação do acesso aos mais velhos em função dos preços.

Como era de se esperar, há uma relação direta entre idade e a condição de titular no plano. Os mais jovens participam na condição de dependentes em proporção muito maior, que decresce com a idade. Curioso, entretanto, é que na faixa etária superior a 65 anos há uma inversão nessa tendência, existindo uma proporção significativa (cerca de 45%) de pessoas que participam do plano na condição de dependentes. Como os planos individualmente contratados, em geral, não permitem a inclusão de dependentes, pode-se inferir que essas pessoas são vinculadas a planos empresariais ou de funcionários públicos, os quais costumam ter maior liberalidade para inclusão de dependentes, inclusive pais (Tab. 40, Anexo). Isso reforça a suposição de que a ausência de exclusão de idosos decorre da forte predominância de planos coletivos, muito menos restritivos do que os individuais.

### 5.3.1 Características dos planos de saúde privados: tipo, cobertura e preço

A PNAD/98 confirmou a prevalência dos planos coletivos – de funcionários públicos ou empresariais – no mercado privado de saúde, como consequência da trajetória da assistência à saúde no Brasil. Esses dois tipos de planos coletivos em 1998 eram responsáveis por cerca de 60% do total de pessoas cobertas por planos de saúde privados. Os planos individuais, mais recentes embora em expansão, ainda constituíam apenas 30% do total das pessoas cobertas (Tab. 28, Anexo).

Confirmando as pesquisas realizadas em amostras de empresas, a PNAD mostrou que a maior proporção dos planos coletivos (40%) são financiados em regime de co-participação, o que significa que, além do empregador, também o beneficiário contribui para o plano (Tab. 41, Anexo). Apenas 13% dos usuários não pagam pelos planos, cujos custos são arcados totalmente pelo empregador. O fato de o empregador assumir integralmente o custo da assistência não está associado aos rendimentos do empregado, pois não se verificam variações significativas nas faixas de renda dos

---

garante a manutenção do vínculo após a aposentadoria, embora haja registro de manutenção do direito à assistência em alguns contratos coletivos durante um período imediatamente após a demissão, desde que o ex-empregado assuma o custo total, deixando de contar com a participação do empregador.

empregados, tanto no caso em que o empregador assume integralmente o custo do plano, quanto no caso em que há participação do empregado. Nos dois casos, a maior proporção de empregados possui renda na faixa de 2 a 10 salários mínimos. Entre os titulares de planos de saúde com ocupação, menos de 30% custeia diretamente o plano. Para a grande maioria das pessoas ocupadas os planos estão associados ao vínculo empregatício, sendo total ou parcialmente custeados pelo empregador ou pelo titular, mas a partir do vínculo de trabalho anterior que lhe permite a manutenção da cobertura pelo plano coletivo (Tab. 42, Anexo). No caso dos planos vinculados a servidores públicos a proporção de planos custeados diretamente pelo titular é muito menor (apenas 4,71%), confirmando a extensão da cobertura dos funcionários públicos por planos diferenciados da assistência pública.

A análise da relação das ocupações com a inserção em planos não empresariais aponta algumas situações que chamam atenção. Os planos contratados individualmente (pagos pelo titular diretamente ao plano) predominam em termos relativos dentro da categoria e por ordem decrescente entre empregadores (78,11%), trabalhadores por conta própria (71,92%) e domésticos com ou sem carteira de trabalho assinada (49,53 e 58,23%, respectivamente, Tab. 37, Anexo). Embora nas duas primeiras ocupações isso seria previsível, no caso dos domésticos os dados apontam para tendências mais recentes de cobertura por planos privados nessa categoria profissional, que, pelas suas características socioeconômicas, historicamente se constituía clientela dos serviços públicos. Chama a atenção também que entre os domésticos há uma ocorrência significativa de planos custeados pelo empregador, total ou parcialmente (40% no caso de domésticos com carteira assinada), apontando para o desenvolvimento de um novo tipo de salário indireto, que passa a ser mais valorizado recentemente.

Ao ter como unidade de análise os indivíduos, a PNAD não permite identificar os valores pagos pelo empregador para o custeio dos planos de saúde, o que faz com que os valores dos planos sejam subestimados no caso dos planos de saúde coletivos. Para os titulares, a maior proporção dos planos de saúde (cerca de 30%) custava menos de R\$30,00 mensais em 1998 e pouco mais de um quarto dos planos custava para o titular mais do que R\$100,00 (Tab. 43, Anexo). Nos planos do tipo coletivo, o custo para o usuário é bem menor, tanto nos planos empresariais quanto nos de funcionários públicos, os quais apresentam custos similares. Em conjunto, entre os planos de menor valor, 80% eram coletivos e mais do que 80%, tanto de planos de servidor público quanto de empresas, custavam para o usuário menos do que R\$100,00. Os planos

individualmente contratados eram bem mais caros. A maioria custava entre R\$50,00 e R\$200,00. Embora os planos de valor superior a R\$200,00 constituíssem menos do que 10% do total, mais de 60% deles eram planos individuais. Em síntese, mesmo considerando que os planos coletivos incluem ainda o valor pago pelo empregador, é evidente que os planos coletivos são mais baratos, uma vez que o volume da massa segurada e a ausência de inadimplência permitem às operadoras comercializarem planos mais baratos sem risco para a sua lucratividade. Além disso, como grande parte dos planos coletivos funciona no modelo de autogestão, portanto sem finalidade lucrativa, os valores cobrados podem ser bem menores.

Há uma relação direta entre o valor da mensalidade do plano e a renda familiar *per capita*: quanto menor a faixa de renda familiar, tende a ser também menor o valor das mensalidades pagas aos planos de saúde, e vice-versa (Tab. 44, Anexo), o que deve se traduzir, evidentemente, por diferenciais de cobertura no caso dos planos individuais. Na faixa de renda familiar mais alta (acima de 20 salários mínimos) encontra-se também a maior proporção de usuários que pagavam as mensalidades mais altas, embora não muito expressiva, sendo que a maior proporção nessa faixa de renda pagava entre R\$100 e R\$200 pelo plano<sup>215</sup>.

Além da mensalidade, alguns planos cobram algum valor por ocasião da utilização dos serviços de saúde. Esse adicional, denominado *fator moderador*, é utilizado como forma de corrigir um tipo de falha de mercado que é considerado muito acentuado no caso da assistência médica. Trata-se dos problemas decorrentes do risco moral (*moral hazard*), que no caso dos planos e seguros de saúde significa a propensão à maior utilização de serviços, uma vez que a cobertura está disponível no caso do sistema de pré-pagamento, independente das condições de saúde. O risco moral pode ser um problema observado tanto do lado do consumidor como do provedor de serviços, esse último interessado na maior produção de serviços. A partir do pressuposto do risco moral, a cobrança de um fator moderador funcionaria como um mecanismo para desestimular o consumo de serviços de saúde.

De acordo com os dados da PNAD/98, quase um quarto dos titulares de planos de saúde no Brasil faz parte de planos que incluem a cobrança de fator moderador, em

---

<sup>215</sup> Isso não significa que esses planos sejam individualmente contratados, pois existem modalidades de planos coletivos mais sofisticados; em geral, para os funcionários localizados no topo da hierarquia da empresa. Além disso, os valores pagos para esses planos costumam ser proporcionais aos salários, de forma que os mais altos assalariados pagam mais pelos seus planos, mesmo que em termos relativos possam pagar menos, na medida em que a empresa pode assumir a maior parte do custo do plano executivo, como mostram as pesquisas analisadas no capítulo 3.



uma relação direta com o valor da mensalidade. Quanto mais baixo o valor da mensalidade, maior probabilidade de incidência da cobrança, que decresce para os planos mais caros, embora não deixe de existir (Tab. 45, Anexo). Essa cobrança por ocasião da utilização de serviços é relativamente bem mais freqüente nos planos vinculados a trabalho anterior e nos de servidores públicos (mais de 30% dos casos) e mais baixa nos planos contratados individualmente, quando a mensalidade é paga diretamente pelo titular (cerca de 16%, Tab. 46, Anexo)<sup>216</sup>. Nesse último tipo, o valor mais caro do plano costuma ser compensado pela inexistência de cobranças adicionais.

Os planos de saúde privados podem ser comparados também pela abrangência dos serviços, embora a quase totalidade deles ofereça cobertura ambulatorial (consultas e exames complementares) e hospitalar (Tab. 47, Anexo). É muito pequena a proporção de planos que dão cobertura apenas ambulatorial e ínfima a proporção de planos de cobertura apenas hospitalar, os dois juntos constituindo menos do que 3% do total. Os planos mais generosos são os vinculados a instituições públicas, pois muitos deles, além da assistência ambulatorial e hospitalar, oferecem assistência odontológica, o que acontece também com os planos empresariais, embora em menor número. É menor ainda nos planos individuais, uma vez que mais da metade deles fornece apenas assistência ambulatorial (consultas e internações) e hospitalar. A maior cobertura assistencial dos planos de saúde coletivos, vinculados a instituições públicas ou empresariais, verifica-se ainda em relação à possibilidade de reembolso de despesas médicas, que é muito maior nesse tipo de plano. Essa prodigalidade também se expressa no número de dependentes identificados para cada titular, uma vez que o número de dependentes nos planos individuais é visivelmente inferior ao dos planos empresariais e de instituições públicas (Tab. 48, Anexo).

Poucos planos fornecem, além dos serviços anteriores, medicamentos para tratamento ambulatorial (cerca de 6%), a maioria deles sendo os de instituições públicas, seguidos pelos empresariais e apenas pouco mais de 3% dos planos individuais. Entretanto, esse tipo de serviço é freqüente para a população não coberta por planos de saúde e, conseqüentemente, usuária do SUS. Entre os aproximadamente 13 milhões de pessoas que tiveram atendimento de saúde, foi verificado pela PNAD/98

---

<sup>216</sup> Embora a PNAD não permita distinguir o tipo de operadora comercial de planos privados (medicina de grupo, cooperativa médica ou seguradora), é possível supor que parte da cobrança de fator moderador nos planos individuais seja referente a seguradoras que se utilizam também nos seguros saúde do pagamento de franquias. Ou seja, despesas de saúde até um valor definido na apólice não são reembolsadas pelas seguradoras. Mais recentemente as cooperativas médicas passaram a comercializar planos mais baratos mas que pressupõem um pagamento adicional a cada utilização dos serviços de saúde e que varia de acordo com a modalidade do serviço.

que apenas 9,55% daquelas cobertas por planos de saúde privados declararam ter recebido medicamentos gratuitamente, mas essa proporção alcançou 36,02% das pessoas não cobertas por esses planos, que são aquelas usuárias do SUS<sup>217</sup>. Como a maioria das pessoas atendidas (66,7%) não era coberta por planos de saúde privados, a atuação do SUS quanto à distribuição de medicamentos torna-se ainda mais relevante em termos quantitativos. Na grande maioria dos contratos de planos de saúde está vedado o fornecimento de medicamentos para tratamento ambulatorial, situação que foi mantida na legislação que regulamentou os planos e seguros de saúde no final da década de 90. No caso do SUS, ao contrário, ocorre a distribuição gratuita de medicamentos para algumas doenças e tratamentos, embora, muitas vezes, o orçamento disponível não permita atendimento imediato de toda a demanda.

Os diferentes tipos de planos privados compartilham a forma de provisão de serviços, pois a maior parte (cerca de 90%) atua por meio de uma rede credenciada de prestadores. Mas um grande contingente possui também sua própria rede de atendimento, aproximadamente 80% dos planos.

### 5.3.2 Acesso e utilização de serviços

Nesta seção o que se pretende é comparar a população coberta por planos de saúde com a população não coberta em relação a hábitos, condição de saúde, utilização de serviços de saúde e condições de acesso a eles. Principalmente, visa-se identificar, na medida da possibilidade dos dados disponíveis pela PNAD/98, algumas formas de conexão entre o sistema privado e o sistema público de assistência à saúde.

Aproximadamente 30% das pessoas não têm o hábito de procurar o mesmo serviço de saúde quando precisam de assistência. Essa opção é ligeiramente influenciada tanto pela condição de ser usuário de plano de saúde privado quanto pela renda. A população coberta por planos privados costuma utilizar mais frequentemente os mesmos serviços (79,45% frente a apenas 68,55% dos não cobertos). Quanto maior a renda familiar *per capita*, também maior esse hábito (Tab. 49, Anexo).

Não foram identificadas diferenças entre os dois segmentos em relação à situação de saúde no momento da pesquisa identificada aqui a partir da questão: “Nas duas últimas semanas deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais

---

<sup>217</sup> A PNAD considerou a população que recebeu atendimento de saúde nas últimas duas semanas anteriores à pesquisa.

(trabalhar, ir à escola, brincar, etc.) por motivo de saúde?” Pouco mais de 6% de ambos os segmentos responderam positivamente a essa questão. As diferenças não variaram muito em função da renda familiar, embora possa ser identificada ligeira tendência a uma associação positiva entre a situação de saúde e a renda familiar *per capita* (Tab. 50, Anexo).

Ao contrário da imagem difundida sobre o atendimento pelo sistema de saúde público, não se comprovou pela PNAD/98 uma dificuldade de acesso a serviços que possa ser considerada significativa. Apenas cerca de 5% da população não coberta por planos privados que procurou atendimento de saúde não o conseguiu na primeira vez. Entretanto, para os usuários de planos essa dificuldade foi ainda bem menor (apenas 1,19% declararam que não conseguiram ser atendidos na primeira procura), apontando para a maior facilidade de acesso a serviços médicos pelos usuários de planos de saúde<sup>218</sup>. Entre as razões alegadas para o não atendimento, há diferenças entre os dois grupos. Embora para ambos as principais razões identificadas tenham sido a dificuldade para conseguir vaga ou a inexistência de médico para efetuar o atendimento, para os prováveis usuários do SUS esses tipos de dificuldades são bem mais frequentes: cerca de 76% dos casos *versus* 64% para os cobertos por planos privados (Tab. 51, Anexo).

Entretanto, as diferenças entre a população usuária de planos de saúde e a não coberta em relação à utilização de serviços de saúde indicam, de fato, a maior facilidade de acesso a serviços por parte da primeira. As pessoas que não possuem planos privados receberam menor número de atendimentos de saúde, se internaram menos e realizaram menor número de consultas médicas: apenas 10,57% tinha recebido atendimento nas últimas duas semanas, frente a 18,48% das pessoas cobertas por planos privados; apenas 6% dos usuários do SUS tinham se internado nos últimos doze meses, ao passo que 8% dos que tinham planos privados o fizeram; a realização de consultas no ano também foi muito superior pelo segmento coberto por planos privados – 71,46%, ao passo que 49,27% dos usuários do sistema público (Tab. 52, Anexo)<sup>219</sup>. Como não existe razão para considerar que esse grupo seja mais hígido do que o outro, os diferenciais na utilização de serviços não podem ser atribuídos a diferentes necessidades

---

<sup>218</sup> Como a pergunta formulada no questionário da PNAD considerava apenas as pessoas que procuraram atendimento de saúde nas últimas duas semanas, essa informação não pode ser generalizada para todos os atendimentos. Entretanto, como essa limitação atinge os dois grupos populacionais (cobertos e não cobertos), os dados parecem indicativos da realidade.

<sup>219</sup> Uma das perguntas da PNAD indagava se as pessoas tinham procurado algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento de saúde nas últimas duas semanas, o que incluía qualquer tipo de atendimento, inclusive internação. Outra pergunta indagava qual o principal atendimento de saúde recebido. No caso de internação, foi indagado ainda se as pessoas tinham estado internadas nos últimos doze meses. Outra pergunta indagava sobre a realização de consultas médicas nos últimos doze meses.

de saúde, mas à maior facilidade relativa de acesso e à maior disponibilidade de provedores de serviço. Em situação de desigualdades na capacidade instalada, nos recursos disponíveis para a atenção à saúde e nas condições de acesso, sabidamente a utilização de serviços de saúde vai refletir essas desigualdades, e não as diferentes necessidades de atenção<sup>220</sup>. Contudo, como a grande maioria da população é usuária do SUS, em números absolutos a prestação de serviços pelo sistema público é muito maior: as internações e consultas realizadas pelas pessoas não cobertas por planos de saúde, na sua maioria usuárias do SUS, atingiram bem mais do que o dobro das internações e consultas feitas pelos usuários do sistema privado.

A segmentação das clientela se expressa também em diferenças no tipo de atendimento recebido. Embora o principal tenha sido a consulta médica, o grupo coberto por planos de saúde realizou bem mais consultas e exames complementares do que o não coberto (Tab. 53, Anexo). Especificamente nesses casos, esse resultado sugere não apenas a maior facilidade para a realização de consultas e exames pelos usuários de planos de saúde, mas pode também reforçar a idéia de ocorrência do *moral hazard*. Do lado do usuário, possibilitado exatamente pela facilidade de acesso ao serviço, independente de despesas adicionais; do lado do prestador, pela possibilidade de solicitação de procedimentos diagnósticos. Entre a população que não tem plano de saúde foi grande o número de atendimentos odontológicos, bem superior ao da população coberta, o que não significa que o atendimento tenha sido realizado pelo sistema público, que ainda é bastante precário em termos de universalização da assistência odontológica; ao contrário, indica os dispêndios realizados através de desembolso direto.

A interpenetração entre o sistema público e o privado pode ser verificada a partir dos usuários. A análise forneceu alguns indícios no sentido de confirmar as críticas relativas ao que foi chamado de *parasitismo dos planos privados no SUS*, entendido como a seleção de riscos, assumindo a realização de procedimentos de menor custo e deixando para o setor público os de maior custo. Uma proporção significativa de atendimentos (9,28%) e maior ainda de internações (12,87%) realizadas por participantes de planos privados foram realizadas através do SUS (Tab. 54, Anexo).

---

<sup>220</sup> Vários estudos apontam a relação entre capacidade instalada e prestação de serviços, citando apenas como exemplos estudos da Fundação João Pinheiro (1997 e 1999) e de Medici (1997). Estudo de França (2002:7) corrobora os dados da PNAD e aponta que no período de 1986 a 1995, em Belo Horizonte, houve uma queda muito acentuada das internações pelo SUS e um crescimento dos pacientes internados pela assistência supletiva, que passou de 19% do total de internações para 37%, ao passo que as internações pelo SUS caíram de 81% para 63%.

Embora a PNAD não tenha discriminado os atendimentos feitos na forma de desembolso direto, podemos supor que aqueles que não foram realizados nem pelo SUS nem pelo plano de saúde se enquadrem nessa categoria. É expressivo o número de atendimentos feitos aos usuários de planos privados, que provavelmente significaram um gasto direto das pessoas –15,69% do total e 5,10% das internações<sup>221</sup>. Esses dados mostram que nada menos de 25% dos atendimentos e cerca de 18% das internações realizadas por pessoas que têm planos não foram cobertos por eles, mas pelo SUS ou por outros meios, provavelmente pelo sistema de desembolso direto. Possivelmente naqueles casos de patologias ou procedimentos que não eram cobertos pelos planos<sup>222</sup>.

Podemos inferir que existe uma faixa da população que embora não participe de planos de saúde privados também não é usuária do SUS, enquadrando-se naquela condição de utilização de serviços por meio do desembolso direto. Mas há diferenças quando se trata de serviços ambulatoriais ou de internações. Nesse último caso, a cobertura pelo SUS é maior entre o grupo de pessoas que não têm planos em relação aos outros atendimentos, que, na sua maioria, são ambulatoriais: 87,6% e 75,73%, respectivamente. Isso significa que quando se trata de internações – que, em geral, envolvem procedimentos mais complexos e mais caros –, o SUS assume o atendimento não apenas de seus usuários constantes, mas também de algumas pessoas cobertas por planos de saúde, bem como de outras que podem não ser seus usuários habituais.

No conjunto, o SUS foi responsável pela metade dos atendimentos de saúde realizados nas duas semanas anteriores à pesquisa e por mais de 63% das internações declaradas como realizadas nos últimos 12 meses<sup>223</sup>. O atendimento pelo sistema público foi maior para a população não economicamente ativa, para a desocupada e para aquela com atividades agrícolas, apenas nesse último caso, em correspondência direta com a menor inserção na assistência supletiva por esse grupo populacional (Tab. 55, Anexo). Quanto menor a renda familiar mensal, tendeu a ser também maior a utilização

---

<sup>221</sup> Estou considerando como desembolso direto os atendimentos que não foram declarados nem como realizados pelo SUS e nem coberto pelos planos de saúde. A partir de cruzamento das variáveis da PNAD, foi construída a categoria “outras formas de atendimento”, que, provavelmente, pelo menos em sua maioria, deve se tratar de desembolso direto.

<sup>222</sup> É importante alertar que a pesquisa foi realizada antes da regulamentação da assistência supletiva, a qual tornou obrigatória a realização de todos procedimentos essenciais. É possível ainda que em muitos casos o usuário desconheça a cobrança de seu atendimento aos SUS, conduta bastante comum entre as operadoras e prestadores.

<sup>223</sup> Dados mais recentes produzidos pelo Ministério da Saúde e que computam os procedimentos efetivamente realizados no ano de 2001 e que, portanto, não sofrem das limitações dos dados da PNAD obtidos a partir do usuário e para um período limitado de tempo, mostram a importância do SUS: do total de 1,9 bilhão de procedimentos ambulatoriais realizados no Brasil, 62% são de atenção básica, 31% de média complexidade e 7% de alta. O setor público respondeu com 96% da atenção básica, 57% dos procedimentos de média e 73% dos de alta complexidade (Ministério da Saúde, 2001).

do SUS, tanto para atendimentos ambulatoriais quanto para internação. Mas não deixa de chamar a atenção o fato de que aproximadamente 15% e mais de 26% da população que utilizou SUS para atendimento de saúde e para internação, respectivamente, faça parte do grupo de renda familiar mensal superior a 5 salários mínimos (Tab. 56, Anexo). Isso significa que, apesar de o SUS ser predominantemente voltado para dar assistência aos setores mais pobres da população, não se limita a isso. Entretanto, entre as ocupações cujos integrantes, em termos relativos, são seus usuários principais estão os empregados domésticos, os empregados sem carteira e os trabalhadores por conta própria em suas diferentes formas (Tab. 57, Anexo). Em suma, aqueles setores mais desprotegidos do mercado de trabalho que não possuem vínculos de trabalho privilegiados que os façam usufruir de vantagens salariais e de benefícios, entre os quais se destacam, na realidade brasileira, os planos de saúde.

Quando se considera apenas a população coberta por planos de saúde, observa-se também uma variação entre a proporção de atendimentos de saúde cobertos pelo SUS, pelo plano ou por meio de desembolso direto ao levar em conta a renda familiar *per capita* (Tab. 58, Anexo). Excluindo-se os casos de ausência de renda, quanto maior a renda, menor é a utilização do SUS e maior o desembolso direto, sugerindo que para aqueles procedimentos que os planos ou seguros de saúde não cobrem, as pessoas ou utilizem o sistema público ou arquem diretamente com os custos dos atendimentos, em função da sua capacidade de pagamento, medido pela renda familiar *per capita*. No caso das internações<sup>224</sup>, observou-se tendência similar em relação à utilização do SUS, que variou inversamente ao nível de renda familiar das pessoas cobertas por planos. Para a renda familiar *per capita* de até ½ salário mínimo, cerca de 35% das internações realizadas pelos participantes de planos de saúde foram feitas pelo sistema público. Entretanto, não foi identificada uma variação significativa da proporção de internações por meio de desembolso direto em função da renda familiar. Para os vários níveis de renda familiar, as proporções não se afastaram mais do que 1% da média geral, que foi de 5% do total. O mesmo não acontece no caso dos demais atendimentos de saúde: o gasto direto provável é diretamente proporcional à renda familiar, e quanto mais alta a renda maior o desembolso direto (isto é: atendimento realizado nem pelo SUS nem pelo plano), atingindo cerca de 30% dos atendimentos no caso da renda mais alta.

---

<sup>224</sup> Nesse caso, considerando-se as internações realizadas nos últimos doze meses, e não apenas as realizadas nas últimas duas semanas que se incluem também no rol de atendimentos de saúde realizados. Do total de internações realizadas nos últimos doze meses pelos participantes de planos privado, 12,85% foram cobertas pelo SUS. Mas em relação às internações realizadas nas duas últimas semanas, esse percentual é um pouco maior (14,96%).

Entre os atendimentos realizados pelo SUS, é significativo que cerca de 9% das consultas realizadas por pessoas que têm planos foram feitas pelo SUS e constituíram 68% do total de atendimentos realizados pela rede pública às pessoas cobertas pela assistência suplementar (Tab. 59, Anexo). Em termos relativos, o atendimento mais realizado na rede pública pelos clientes de planos privados é o de vacinação, o que se justifica por se tratar de procedimento típico de saúde coletiva, usualmente a cargo do setor público. São expressivos também do ponto de vista relativo, além das internações, alguns procedimentos que sugerem atendimentos de urgência, em muitos casos feitos na rede pública, uma vez que não costumam ser muito atrativos do ponto de vista financeiro para os serviços privados<sup>225</sup>.

É grande a proporção de consultas odontológicas não cobertas nem pelos planos nem pelo SUS – quase 60%, tanto para a população coberta como para a não coberta por planos privados. Esse resultado indica que os planos de saúde que garantem assistência odontológica são ainda reduzidos e que essa assistência se constitui como uma das deficiências do sistema público, de tal forma que os tratamentos odontológicos fazem parte dos procedimentos que mais oneram o orçamento familiar, constituindo-se em 1996 em 13,07% do gasto direto das famílias com saúde (POF/1996, *apud* Mendes, 2001).

Mas mesmo os atendimentos cobertos por planos de saúde ou pelo SUS podem implicar algum gasto pelo usuário. Entre todas as pessoas que tiveram atendimento de saúde, cerca de 16% pagaram por esse atendimento. Esse foi o caso de quase metade das consultas odontológicas e de quase um quarto das consultas com outros profissionais de saúde que não médico (Tab. 60, Anexo). Uma proporção significativa de atendimentos (12,25%) cobertos por planos de saúde implicou algum pagamento pelo usuário. Além das consultas odontológicas, que envolveram despesas em mais de 20% dos casos, vários atendimentos envolveram gastos para mais de 10% dos atendidos, como consultas, exames complementares, cirurgias ambulatoriais e internações. Os dados da PNAD não permitem identificar a razão desse pagamento, que pode ser tanto como um fator moderador de utilização (previstos em menos de um quarto dos planos) ou para pagamento de franquias previstas no caso de seguros de saúde. Entretanto, é possível pensar na possibilidade de cobranças adicionais feitas

---

<sup>225</sup> Estou me referindo aos seguintes atendimentos: injeções, curativos, medição de pressão ou outro atendimento, e gesso ou imobilização, conforme contemplados nas categorias da PNAD. Como não existia a categoria específica de atendimento de urgência em Pronto Socorro, é de se supor que também estejam incluídos em “outros” atendimentos.

ilicitamente dos usuários, uma vez que denúncias nesse sentido são freqüentes, particularmente no caso de cirurgias e partos. Além disso, é de se notar que os planos dificilmente cobrem procedimentos de fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicologia, além de limitarem o número de seções de fisioterapia, independente da necessidade de saúde, o que pode justificar o pagamento de consultas para esses profissionais<sup>226</sup>.

Embora as proporções não sejam significativas (apenas 1,59% dos atendimentos), há casos de pagamento para atendimentos realizados pelo SUS, situação que não deveria ocorrer, já que constitucionalmente está garantido o direito de atendimento gratuito pela rede pública de saúde a toda a população. Isso é mais freqüente nos casos de internação hospitalar, cirurgias ambulatoriais e consultas com outros profissionais de saúde, quando a proporção é um pouco inferior a 4% dos atendimentos.

Há uma tendência no sentido de que as internações das pessoas cobertas por planos de saúde sejam mais rápidas do que as das não cobertas (Tab. 61). Uma das questões mais polêmicas durante a discussão da regulamentação dos planos e seguros de saúde foi a limitação de dias para internação, usualmente praticada nos contratos, mas que foi proibida na legislação que veio a ser aprovada. Mas o tempo maior de internação pode também estar relacionado com as condições em que o paciente é internado, de tal forma que essa variável isolada não permite nenhuma conclusão, podendo apenas ser sugestiva de algumas hipóteses: internações mais rápidas tanto podem ser consequência de restrições contratuais quanto de melhores condições de saúde dos pacientes cobertos por planos de saúde, o que poderia ser inferido a partir da renda, em geral, mais alta desse grupo, uma vez que a renda costuma ser o fator mais potente para explicar o estado de saúde das pessoas.

#### **5.4 Avaliações, opiniões e imagens sobre a assistência à saúde**

Uma das suposições deste estudo é que a segmentação da assistência à saúde e as dificuldades experimentadas pelo sistema público ao longo de sua trajetória tiveram efeitos cognitivos nos usuários, que se expressaram em representações negativas sobre o setor público e na valorização das opções privadas, traduzindo-se na preferência pela assistência à saúde privada. Os dados da PNAD e as informações levantadas a partir de

---

<sup>226</sup> É possível que o pagamento tenha se dado em atendimentos que não foram cobertos pelos planos em função de erros na coleta de dados da pesquisa. A rigor, a pergunta sobre o pagamento era posterior à informação sobre a forma de atendimento (coberto pelo SUS, pelo plano ou outras).



uma pesquisa qualitativa realizada com 90 pessoas, escolhidas aleatoriamente, apontam algumas pistas sobre essas questões e permitem qualificar um pouco as imagens difusas sobre a assistência à saúde. Particularmente, a PNAD permite verificar diferenças entre as opiniões sobre o sistema público e as avaliações concretas decorrentes de utilização efetiva dos serviços, tanto dos planos privados quanto do sistema público, questões que são também indicadas nas entrevistas qualitativas.

A imagem negativa do sistema público como um “caos”, tão difundida na sociedade, não se traduziu em avaliações muito negativas dos atendimentos prestados, de acordo com a PNAD. Comparando a avaliação dos usuários, houve de fato uma tendência de os atendimentos cobertos por planos de saúde privados serem mais bem avaliados do que os cobertos pelo SUS. Entretanto, não se pode dizer que os atendimentos feitos no sistema público tenham sido mal avaliados, pois um pouco mais de 80% das pessoas atendidas o consideraram muito bom ou bom, contra 93,87% dos atendimentos cobertos por planos (Tab. 62, Anexo). O atendimento gratuito também teve uma avaliação um pouco pior do que aqueles serviços para os quais se pagou alguma coisa. Mas há também uma avaliação bastante positiva dos atendimentos pelos quais não se efetuou nenhum pagamento (85,41% das pessoas os consideraram como muito bom ou bom, contra 93% em relação aos atendimentos pelos quais se pagou).

Essas evidências problematizam a idéia da má qualidade dos serviços prestados pelo SUS, difundida de forma intensa na mídia e pelo setor privado. Pesquisa mais antiga, realizada pela Fundação SEADE entre março e outubro de 1994 na Região Metropolitana de São Paulo, chegou a conclusões semelhantes, revelando que em um intervalo de 0 a 10, o atendimento do SUS teve nota 8, e o atendimento por planos de saúde teve nota 9 (Mendes, 1996:73). Da mesma forma, pesquisa nacional realizada pelo IBOPE em 1998 “mostrou que a aprovação dos serviços prestados pelo SUS foi de 86% nos usuários exclusivos e de 88% nos usuários freqüentes, sendo muito menor nos não usuários” (Mendes, 2001:29). Essa pesquisa do IBOPE mostrou como essa imagem negativa sobre os serviços públicos é muito maior entre aqueles que não são usuários do SUS, ou seja, entre aqueles que, embora não os conheçam, reafirmam as imagens negativas sobre os serviços públicos.

A mesma diferença identificada entre a opinião geral e a avaliação dos atendimentos recebidos no âmbito do SUS acontece em relação aos planos de saúde. A opinião os participantes a respeito dos planos privados foi um pouco pior do que a avaliação dos atendimentos efetivamente recebidos – cerca de 79% consideraram o seu

plano muito bom ou bom, mas 14% o consideram apenas regular, percentuais bem inferiores aos obtidos na avaliação dos atendimentos recebidos.

A pesquisa qualitativa que realizamos apontou uma imagem bastante negativa sobre o SUS entre a maioria dos entrevistados, particularmente entre aqueles que nunca tinham utilizado um serviço de saúde público mas que reproduziam opiniões divulgadas pela mídia ou “que ouviam dizer”. A opção por planos de saúde privados apareceu muito mais como uma “necessidade” diante do que se considera como a precariedade da assistência pública ou o “caos da saúde”, e não como uma opção convicta pelo mercado. A imagem de um sistema público ineficiente, corroborada pelas efetivas dificuldades de acesso relatadas por aqueles que de fato são seus usuários – expressas principalmente em filas e demora para marcação de exames e consultas –, se traduz em grande desconfiança na atuação pública no âmbito da saúde. Em contrapartida, as justificativas para a opção privada destacam a comodidade e agilidade no atendimento, a segurança, a ausência de filas e outros inconvenientes associados ao setor público.

Nas opiniões declaradas sobre os serviços de saúde públicos, as imagens estereotipadas se confundem com as experiências negativas vividas pelas pessoas. Como a maioria dos entrevistados (61 de um total de 90) participa de planos privados, as principais críticas, na maioria das vezes, não são fundamentadas em experiências concretas com o sistema público. Entre elas ressaltam as críticas que se agrupam sob o rótulo de “mau atendimento”, que é visto como decorrente de médicos despreparados ou insuficientes, instalações e equipamentos inadequados, “má vontade generalizada das pessoas que trabalham no serviço público”, falta de qualidade do atendimento, demora e filas. Outras críticas expressam uma opinião mais qualificada, como a imputação dos problemas ao baixo orçamento do SUS, a incompatibilidade entre oferta e demanda de serviços, o mau gerenciamento dos recursos, a pouca visibilidade dos serviços oferecidos e a baixa remuneração de funcionários e prestadores, com conseqüência sobre a qualidade do atendimento, a corrupção.

Para os usuários do SUS, mesmo que várias das opiniões acima fossem manifestadas, particularmente as queixas quanto às barreiras que se interpõem ao acesso e à qualidade do atendimento ao público, muitas opiniões positivas foram manifestadas. Entre elas, o fato de ser gratuito, a boa qualidade dos atendimentos médicos, o serviço de vacinação e a oferta grande de serviços. Vale a pena ouvir alguns dos entrevistados:

‘O ruim do serviço público é o mau atendimento dos funcionários; o bom é oferecer, se você esperar, vários serviços’.

“Acho que o serviço público atende, mas com ineficiência. As pessoas desistem porque está cheio, mas se você não tiver com pressa consegue ser atendido”.

“Desde que você consiga ser atendido é tudo muito bom, o problema são as filas”.

As opiniões manifestadas sobre os planos de saúde foram, também, na sua maioria, bastante negativas e centradas no seu caráter comercial e lucrativo, em detrimento da assistência. A principal crítica refere-se às restrições impostas ao atendimento a partir de uma seletividade de tratamentos e de limitações quantitativas à realização de procedimentos de saúde. Outra crítica bastante recorrente tem a ver com os altos preços, a qual se coloca como o maior entrave para a cobertura privada por parte daqueles não cobertos, na sua maioria, do estrato inferior de renda<sup>227</sup>. Para alguns, os planos chegam a ser vistos como “exploração do consumidor”, um negócio com valores superestimados e propaganda enganosa, e no qual a ótica do lucro prevalece sobre a do cidadão. Algumas críticas são similares às dirigidas ao setor público, como a fiscalização deficiente, os impedimentos administrativos e burocráticos para acesso a determinados procedimentos, a existência de pouco profissionais e atendimentos restritos a locais pre-determinados. Em contrapartida, os aspectos positivos são claramente ressaltados como contraponto daquilo que é mais deficiente no setor público, particularmente a facilidade de acesso e o conforto e comodidade para marcação de consultas e exames. Mais do que a valorização intrínseca da assistência privada, os planos de saúde constituem a possibilidade de uma assistência diferenciada do setor público e, principalmente, a garantia do atendimento de saúde. Algumas falas são representativas das opiniões:

“Em função do que é pago ao plano e do quanto agente usa, ele não vale; e quando a gente precisa às vezes o plano não cobre. Mas ainda é melhor que o público. A classe média tende a privatizar a saúde”.

“Os planos garantem apenas o atendimento médico e não tem a intenção de integrar o paciente. A medicina deixou de ser arte e passou a ser um negócio, mas que o atendimento é eficiente é”.

“A grande maioria dos planos de saúde restringe muito a cobertura. Mas o ponto positivo é ficar livre do Sistema Público”.

“O único benefício do plano é que oferecem o melhor atendimento”.

<sup>227</sup> Como já foi mencionado, foram entrevistadas 90 pessoas, divididas igualmente em três estratos de renda. No estrato de renda de até 3 salários mínimos, apenas 33% possuíam plano de saúde; no estrato de renda entre 3 e 10 salários mínimos, 83%; e no estrato de renda superior, 87% eram coberta pela assistência privada. Essa distribuição guarda correspondência com a identificada pelo *survey* da PNAD, tornando sugestivas as opiniões que estão sendo analisadas. A maioria já era usuária de planos de saúde há mais de 15 anos e 70% há mais de 10 anos, indicando a segmentação da assistência anterior à criação do SUS. A maioria delas era vinculada à cooperativa médica, o que coincide com a idéia do domínio da Unimed em Belo Horizonte em relação aos outros tipos de operadoras comerciais, considerado bem maior do que em outras cidades.

“Todo mundo deveria ter direito de ter plano de saúde para conseguir atendimento”.

As entrevistas são indicativas de que a busca da segurança para obter o atendimento e o desejo de evitar o desconforto das filas e da espera são os fatores que levam a maioria daqueles que não têm planos de saúde a expressarem o desejo de ter. Isso é mais evidente entre os entrevistados de renda mais baixa, para quem o enfrentamento cotidiano das dificuldades de acesso é de fato uma realidade.

Apesar da desconfiança frente à assistência pública, a pesquisa mostrou uma introjeção generalizada, pelo menos no nível da retórica, do princípio constitucional de que a saúde é um direito do cidadão e de que a garantia do acesso a serviços de saúde é um dever do Estado. A maioria dos entrevistados afirmou que a situação ideal seria a existência de um serviço público de qualidade (57 do total de 90) e poucos reafirmaram como melhor a opção por um plano de saúde (apenas 10), a partir de uma atitude mais realista e descrente frente à assistência pública. Particularmente entre aqueles que não participam de um plano privado, é maior o desejo manifesto de prescindir do setor público. Mas a opinião majoritária pró-serviços públicos indica suas contradições, na medida em que também a segmentação de clientela aparece em muitas falas, de forma que a assistência pública é vista como voltada para os pobres. Isso sugere que a dualidade da assistência à saúde e a segmentação real que a caracteriza têm conseqüências na percepção das pessoas e se refletem em diferenças na sua postura formal – pró-assistência pública como direito – e no entendimento de que ela se volta prioritariamente para os pobres. Esses últimos, por sua vez, a partir dos enfrentamentos diários, aspiram em grande parte poder ter acesso à assistência privada<sup>228</sup>.

“Eu preferia ter um salário melhor que possibilitasse pagar tudo particular, da forma que preferir. Entretanto, o ideal seria que além de se poder optar com o dinheiro e com a forma de poder gastar esse dinheiro, houvesse um serviço público de qualidade que pudesse atender aquelas pessoas que por algum motivo não tiveram esse privilégio”.

“Eu preferia ter um bom plano de saúde. Não acredito que o Brasil possa ter um serviço público decente”.

---

<sup>228</sup> À pergunta “O que você considera que seria melhor”, os entrevistados deveriam optar entre uma das seguintes alternativas e justificar a resposta: 1) um serviço público de qualidade; 2) ter um bom plano de saúde e 3) ter um salário melhor que possibilitasse pagar tudo particular. Entre aqueles de renda mais alta, prevaleceu a retórica da saúde pública para todos, mas entre os de renda mais baixa, 8 dos 30 preferiram ter um salário melhor e 4 um plano de saúde, bem mais do que os demais, e apresentaram justificativas mais realistas e menos formais. Como os estratos de renda mais alta compreendiam também as pessoas de mais alta escolaridade, a defesa de teses mais gerais não necessariamente correspondentes com as atitudes ficou bastante evidenciada.

“Preferiria ter um serviço público de qualidade. Porque é obrigação do Estado, todo mundo tem direito à saúde, pelo menos é o que eles falam por lei”.

A grande maioria dos entrevistados, entretanto, demonstrou grande desconhecimento do sistema de saúde público, tanto dos seus princípios gerais como de seu funcionamento concreto. Muitos confundiam as limitações concretas da oferta com restrições formais feitas pelo SUS. Ou seja, não foram capazes de distinguir o SUS real do SUS formal. Os usuários do sistema público, entretanto, demonstraram maior conhecimento da falta de limitação formal que de fato caracteriza a assistência pública, construindo seu conhecimento da lógica do sistema a partir de sua inserção no mesmo. Para aqueles que não são usuários do sistema público é maior também a rejeição a ele. Na sua maioria, rejeitam até a hipótese de utilizá-lo nas suas condições atuais. A rejeição que pode ter como consequência o desconhecimento do sistema público é bem expressa por um entrevistado:

“Não gostaria de dar nenhuma opinião sobre o sistema público, pois o conheço muito pouco. A falta de conhecimento do público é consequência do entendimento de que ele não funciona, e por isso me distanciei do sistema”.

## 5.5 Conclusão

Este capítulo, de grande conteúdo empírico e de caráter mais descritivo, utilizou dados de diferentes fontes e naturezas, desde inquéritos de âmbito nacional dos estabelecimentos de saúde (as pesquisas AMS do período 1976/1999) e pesquisa domiciliar do tipo *survey* (a PNAD/1998) até dados de uma pesquisa qualitativa e de entrevista com gestor público (2002). A exploração dos dados da AMS e da PNAD permitiu compor um retrato da assistência à saúde no Brasil, e a partir deles foi possível visualizar e mensurar algumas consequências da trajetória da política de assistência à saúde no país. Primeira, a configuração das características, composição e localização da rede prestadora de serviços e suas implicações sobre a capacidade governamental; segunda, a conformação do perfil dos usuários dos dois sistemas (o público e o privado), que expressa a segmentação da assistência à saúde por meio de vários recortes, como a forma de cobertura, o tipo de plano privado, a localização, a renda, o acesso à assistência; terceira, a interpenetração entre os dois sistemas. Por sua vez, a pesquisa qualitativa ofereceu indicações sobre alguns efeitos cognitivos da política de saúde,

verificados por meio das imagens sobre os dois sistemas em que se fragmenta a assistência: o público e o privado.

Além de sua relevância intrínseca para um maior conhecimento do sistema de saúde brasileiro, a composição desse quadro geral da assistência é parte importante para a argumentação desenvolvida para explicar as contradições atuais da política de saúde, na medida em que as decisões tomadas no passado configuraram um modelo assistencial que estabeleceu padrões de comportamento dos agentes privados, gerou investimentos e teve conseqüências sobre os usuários. Esses efeitos de *feedback*, que expressam a institucionalização do modelo segmentado e a dependência governamental em relação ao setor privado, constituem fatores que limitam a implementação completa da reforma sanitária. Embora não sendo diretamente efeitos políticos, a institucionalização de determinados comportamentos dos usuários, dos prestadores e dos setores governamentais tem conseqüências indiretas sobre o processo político ao modelar as preferências e interesses desses diferentes atores. Os investimentos na rede de serviços já realizados por agentes privados, a inserção prévia em planos de saúde e as atitudes desenvolvidas pelos usuários, francamente negativas em relação ao sistema público, colocam fortes constrangimentos a qualquer alteração mais significativa nas condições em que opera a assistência à saúde. Se esses legados limitam a universalização da assistência pública, não são suficientes, contudo, para impedir que o sistema público venha se institucionalizando, inclusive enquanto imagem idealizada dos usuários. Apesar das dificuldades que enfrenta e do bombardeio de críticas que recebe, o SUS é responsável pela cobertura da maioria dos brasileiros e pela realização da maior parte dos procedimentos de saúde. E a concepção de saúde como direito universal já foi incorporada, mesmo que em um nível mais formal, mas que não se traduziu em preferências e demandas dos cidadãos por uma assistência pública.

Algumas conclusões da análise desenvolvida neste capítulo permitem identificar os vínculos do padrão atual da assistência com a própria trajetória da política de saúde. Em primeiro lugar, em função da própria natureza da política de saúde que implica a existência de uma rede prestadora de serviços, as características e evolução dessa rede evidenciaram que as conseqüências das decisões governamentais anteriores constituem entraves de natureza estrutural à efetivação dos dispositivos constitucionais. As políticas estabelecidas a partir dos anos 60 forneceram incentivos e recursos que facilitaram a expansão da rede prestadora privada, o que teve como seu principal efeito a consolidação de uma forte dependência do setor privado para a realização daqueles

procedimentos de maior complexidade. A opção do passado pela compra de serviços, principalmente hospitalares, tendeu a ser readotada, na medida em que não se desenvolveram capacidades estatais para uma opção diferente. A forte penetração dos interesses dos prestadores privados nas instituições governamentais, através dos anéis burocráticos da Previdência Social, garantiu que esses interesses fossem protegidos, e não se desenvolveu uma ação reguladora eficiente de forma a garantir a preservação do interesse público na compra de serviços. A universalização da assistência e a definição da saúde como de relevância pública, que caracterizaram a reforma do final dos anos 80, não foram acompanhadas da efetiva publicização da rede prestadora, seja pela expansão da rede pública estatal em níveis e na diversidade exigidos ou pela incorporação da rede privada de acordo com critérios públicos. Ao longo das duas últimas décadas, tem ocorrido a ampliação da rede pública, mas que se restringe principalmente à ambulatorial, particularmente voltada para serviços básicos. Essa expansão mostra o esforço efetivo no sentido de universalização da assistência a partir da garantia de acesso à atenção primária e de reversão do modelo assistencial centrado no atendimento hospitalar, que fora a marca da expansão do sistema de saúde brasileiro. A ampliação da rede básica pode também ser relacionada ao aprofundamento do processo de descentralização que caracterizou a implantação do SUS, gerando maior pressão sobre os governos locais no sentido de atendimento às demandas de assistência, sendo esse tipo de atenção passível de efetivação sem a realização de investimentos de maior vulto, que são inacessíveis para esses governos.

Diferentemente, a expansão da rede hospitalar, o *calcanhar de Aquiles* da rede pública, é apenas pontual, e não há indícios de que a situação seja alterada, tanto em função da limitação de recursos destinados a investimentos como por não se constituir em uma questão que esteja na agenda pública. A conjuntura de implantação da reforma de saúde não foi favorável à ampliação da rede prestadora pública. De um lado, do ponto de vista político-ideológico, essa conjuntura foi caracterizada pelo questionamento da execução governamental direta de serviços públicos e, de outro lado, a situação de crise econômica prolongada reduziu as possibilidades de investimentos públicos.

O legado dessa escolha do passado gerou, na atualidade, a necessidade de regulação governamental mais forte para, de fato, publicizar a rede privada disponível para o SUS, fazendo valer o interesse público em função do imperativo legal de garantir o acesso universal. As limitações para uma regulação mais efetiva têm sido muitas e

incluem dificuldades operativas do sistema público para definir sua demanda, negociar serviços, implantar e fiscalizar contratos, o que impõe fortes custos de transação em uma relação que ainda não tem regras muito definidas e nem desenvolveu a capacidade reguladora entre os gestores públicos. As restrições políticas são também significativas, na medida em que o setor privado, com forte tradição de auto-regulação ou de regulação governamental quase que limitada à definição de preços e controle da produção dos serviços, impõe fortes resistências. Essas são favorecidas pelo formato dual da assistência à saúde, constituída por um *mix* privado/público, pois aos prestadores de serviços existe a alternativa no mercado de planos de saúde que permite, pelo menos para alguns deles, prescindir do SUS. A opção nos anos 60 de favorecer a compra de serviços privados não teve apenas o efeito de desenvolver a rede privada, principalmente hospitalar, mas, ao se dar paralelamente ao desenvolvimento de formas privadas de provimento de serviços de saúde, impediu que o setor público pudesse ter na rede prestadora privada a garantia da prestação de serviços públicos.

A trajetória da assistência levou ao desenvolvimento, de fato, de um mercado de serviços de saúde com vários agentes privados no lado tanto da demanda como da produção de serviços. Nesse mercado, o setor público acaba por se tornar mais um, embora o maior, agente comprador de serviços, na medida em que não se configurou uma assistência pública de fato universal, mas um modelo híbrido. A pluralidade de agentes privados compradores de serviços, associada à baixa remuneração, se não de todos, mas de muitos dos serviços prestados, por parte do setor público, tem como consequência a exclusão do sistema público de muitos prestadores, em geral daqueles com maior incorporação de tecnologia, os quais têm melhores condições de competir no mercado privado. Ao mesmo tempo, o SUS é a principal porta de entrada para a assistência à saúde, sendo responsável pelo maior número de procedimentos realizados no país, na medida em que mais de 70% da população é usuária exclusiva do sistema público. Isso faz com que a maioria dos prestadores não possa prescindir do sistema público. Entretanto, a natureza híbrida do sistema de saúde gera grande número de tensões na relação entre prestadores e compradores de serviços, além de ter como consequência a convivência no mesmo espaço de formas diferentes de compra de serviços, o que significa a existência de variações de cobertura, preços e acomodações na mesma unidade prestadora. A resistência dos prestadores, a falta de atuação concertada dos agentes públicos no sentido de uma regulação mais rigorosa e efetiva das relações com a rede privada e a repetição inercial dos padrões de regulação anterior



caracterizam a persistência de uma relação ainda bastante frágil que garanta a regularidade na prestação pelo sistema público dos serviços de saúde de maior complexidade para os quais é grande a dependência da rede privada. Em outras palavras, embora a natureza jurídica dos estabelecimentos hospitalares não impeça por si só a publicização da rede ou serviços contratados, a configuração institucional do sistema de saúde brasileiro coloca constrangimentos, de fato, para que se consiga fazer prevalecer o interesse público sobre o privado.

Expressão da manutenção de padrões anteriores, a implantação do contrato de direito público na relação com o setor privado, definido na Constituição, ainda não se tornou uma realidade nacional ou geral. Mesmo quando ele existe, não tem significado alteração profunda na relação governo/prestador privado, que ainda se dá priorizando a lógica privada da oferta, e não a lógica da demanda ou das necessidades da população. A falta de controle sobre o setor privado se expressa também na persistência de mecanismos para garantir o acesso a atendimentos hospitalares que fogem às regras universalistas do SUS e favorecem o atendimento de segmentos privilegiados da população, caracterizando uma forma perversa de interpenetração entre o sistema público e o privado. A subordinação dos serviços contratados às centrais de regulação – instrumentos de operacionalização da regulação do acesso assistencial – ainda não é uma realidade. Em um quadro de multiplicação de gestores do SUS em função da descentralização que caracteriza o setor, fazer prevalecer o interesse público sobre o particular na relação com o setor privado quando esse exerce uma função pública, não parece ser uma mera questão de capacidade gestora, como sugerem documentos do Ministério da Saúde. Embora isso não deixe de ser relevante e também expresse a herança do passado da política de saúde, a questão é muito mais de natureza político-decisória. Tornar realidade as intenções expressas no texto constitucional implicaria assumir politicamente a universalidade de acesso ao SUS como uma meta efetiva, e para isso seria necessário enfrentar o embate político com os prestadores privados, acostumados a uma prática seletiva na prestação de serviços ao sistema público.

Um segundo traço do modelo institucional da assistência, que ao mesmo tempo expressa as conseqüências da sua trajetória e aponta os constrangimentos para a efetivação dos princípios do SUS, é a configuração de uma segmentação entre a população quanto ao acesso a ações e serviços de saúde. O desenvolvimento paralelo de um sistema público e de um privado significou a sobreposição do acesso privilegiado à assistência via planos privados de saúde a outras diferenciações, como renda, ocupação

e localização geográfica, o que é reflexo da forma como se deu historicamente a expansão da cobertura privada e pública. Essa segmentação, em linhas gerais, aponta para a consolidação da assistência pública como voltada para os segmentos de menor renda, embora não se limite a isso. A interpenetração dos dois sistemas é observada também a partir da clientela, não existindo uma separação completa entre os dois grupos na medida em que parte dos usuários de planos privados também é usuária do SUS. Essa dupla cobertura assistencial é possível na medida em que a Constituição brasileira garante o acesso a todos, indistintamente. Além disso, uma pequena parcela da população tem acesso à assistência médica via prática liberal, comprando serviços diretamente no mercado, sem a intermediação de planos de saúde, e também não sendo usuária do SUS.

A análise dos dois segmentos de usuários da assistência à saúde comprova a concentração geográfica da clientela de planos e seguros de saúde privados nas regiões mais ricas e com melhores indicadores socioeconômicos. A maior disponibilidade de renda e a concentração mais antiga de empresas de maior porte nessas regiões explicam essa concentração, uma vez que a maioria da clientela está inserida em planos de saúde privados a partir das relações de trabalho, com empresas que organizam assistência médica para seus empregados. Essa localização geográfica indica que, provavelmente, a clientela da assistência privada é também aquela com melhores condições de saúde, uma vez que, sabidamente, as condições de vida impactam muito mais o perfil de saúde de uma população do que a disponibilidade de atenção médica. Em consequência, a assistência pública está prioritariamente voltada para os estratos da sociedade submetidos a piores condições de vida, e portanto de saúde, e também para aqueles com renda mais baixa e em ocupações menos valorizadas. Entre esses destaca-se a população com atividades agrícolas, cujo afastamento dos planos privados é uma forma recente de reconstrução da histórica exclusão da assistência pública, uma vez que só foi incluída na cobertura previdenciária tardiamente em relação aos trabalhadores urbanos e só obteve igualdade de direitos com a Constituição de 1988.

Entretanto, os serviços do SUS são também utilizados por pessoas cobertas por planos privados, principalmente no caso de internações, o que indica tanto as distorções no acesso como as limitações da assistência privada, que, em geral, não cobria até recentemente os procedimentos mais caros e as patologias crônicas ou o faziam a partir de planos ou seguros de valores inacessíveis para a maioria da população. Esse entrecruzamento perverso das clientelas dos dois sistemas, na medida em que é

unilateral, demonstra como o sistema público é onerado não apenas por cobrir a população supostamente com maiores necessidades de saúde, mas também pela realização dos procedimentos de maior custo, e que por isso mesmo não são atrativos para o mercado, além de favorecer, pelas distorções nos mecanismos de acesso ao atendimento hospitalar, os segmentos mais favorecidos da população, que podem usufruir dos dois sistemas assistenciais.

A marca de origem da assistência privada que se desenvolveu inicialmente no âmbito das empresas, seja como política de pessoal nas grandes empresas privadas ou públicas, ou estimuladas pelos convênios-empresa firmados com a Previdência Social, se mantém. A grande maioria dos participantes de planos e seguros de saúde o é na condição de participantes de planos coletivos, financiados, total ou parcialmente (na maioria dos casos), pelo empregador. Isso permite que trabalhadores de renda mais baixa tenham acesso a planos privados a partir de sua inserção no mercado de trabalho. Tais planos, em relação aos individualmente contratados, são mais pródigos quanto aos serviços oferecidos, cobertura de dependentes, inclusive idosos, a um custo bem mais baixo para o participante. A categoria ocupacional mais coberta em termos relativos por esse tipo de planos é a dos funcionários públicos<sup>229</sup>, inclusive aqueles responsáveis pela gestão da política de saúde, que têm, assim, reduzidas chances de funcionarem como apoiadores da política pública, a não ser no nível formal ou ideológico.

Diferentemente de outras reformas sanitárias, particularmente a italiana, que serviu de paradigma para a brasileira, a nossa não foi sustentada pelo movimento sindical – embora tenha contado com seu apoio formal –, pois, na maioria dos casos, os setores mais combativos estavam cobertos por uma assistência médica privada satisfatória. Esse efeito político da política de saúde é uma decorrência da falta de incentivos para apoiarem o sistema público por parte dos trabalhadores cobertos pelos planos coletivos.

Como outro efeito de *feedback* da política de saúde, sugerido a partir da escuta de algumas pessoas, a trajetória dual da assistência e a experiência com os seus dois formatos têm efeitos cognitivos sobre os usuários – e não apenas sobre os gestores – ao influenciar a percepção e conformar as imagens dos usuários sobre o sistema de saúde. Embora existam diferenças acentuadas entre a avaliação dos serviços de saúde efetivamente utilizados e a opinião sobre eles, a imagem geral sobre o sistema público,

---

<sup>229</sup> Essa é a conclusão possível a partir dos dados da PNAD, uma vez que as ocupações foram agrupadas em categorias amplas, como a de “empregados com carteira”. Nesse rótulo podem existir categorias com maior proporção relativa de cobertura privada do que os funcionários públicos.

construída a partir da comparação com o privado, é bastante negativa. A falta de sintonia entre as avaliações sobre a qualidade dos serviços públicos utilizados, na sua maioria bastante positivas, e as opiniões expressas sobre eles aponta para a força de representações construídas e alimentadas sobre o “caos da saúde” no Brasil, entendendo-se por isso, a partir de uma redução sumária, os serviços prestados pelo SUS. Além de mostrar a avaliação positiva dos serviços, os dados da PNAD não comprovaram empiricamente que o atendimento pelo SUS seja inviabilizado para quem o procura, embora haja maior dificuldade de acesso em relação aos serviços privados, sugerida pela menor taxa de utilização e pela menor rede prestadora de serviços potencialmente disponível em relação à população. Isso porque a utilização de serviços bem menor pelos usuários do SUS em relação aos de planos de saúde não pode ser atribuída a menores necessidades de saúde, considerando a concentração entre os usuários do sistema público das pessoas com menor renda, piores condições de trabalho e localização em regiões com piores condições socioeconômicas – fortes determinantes de condições de saúde mais precárias. Expressões das restrições ao acesso são as queixas reiteradas pelos entrevistados sobre filas e a demora para os atendimentos, elementos que acabam por caracterizar o sistema público em contraponto à imagem explicitada a respeito do sistema privado, cujas principais qualidades identificadas são exatamente a comodidade e a presteza do atendimento.

A diferença entre a imagem e a realidade do atendimento se expressa de forma mais aguda entre aqueles que não são usuários do sistema público, que, em geral, são os que têm a pior opinião sobre ele, o que é a justificativa para a inserção no sistema privado para quem tenha condições para isso. Por sua vez, as opiniões sobre os planos privados não são muito positivas, recebendo críticas quanto ao seu caráter lucrativo em detrimento da preocupação assistencial, o que se traduz em restrições de cobertura e preços muito altos. A inserção na assistência privada aparece não como uma opção pelo mercado, mas como uma necessidade frente à “baixa qualidade” da assistência pública, e é o desejo da maioria dos entrevistados. A ambigüidade jurídico-institucional da assistência à saúde do país acaba por se reproduzir no discurso da população, também crivado de ambigüidades.

A análise das imagens e opiniões sobre a assistência pública e privada, embora seja principalmente extraída de uma pesquisa qualitativa com amostra não representativa, portanto sem condições de generalização, sugere a hipótese de que essa percepção dos dois sistemas assistenciais tenha como consequência o baixo apoio

fornecido pela população ao sistema público, mesmo que no nível formal reproduzam a noção consagrada na Constituição ao reafirmarem que a prestação de serviços de saúde é um direito que deveria ser garantido pelo Poder Público ao cidadão. É logicamente plausível supor que a contrapartida do fraco apoio ao sistema público seja o reforço do privado, se não como integrando o ideário da assistência, mas a partir de uma descrença no público. Atuaria, também, como alternativa supostamente “realista”, ou mais adequada do ponto de vista da relação meios/fins, mas que, de fato, traduz as imagens construídas a partir da inserção no sistema privado, e não necessariamente como decorrência da utilização do sistema público, o que nunca foi uma realidade para uma expressiva parcela da população que transitou da medicina liberal para os planos privados.

Em suma, a pesquisa confirma a institucionalização da dupla trajetória da assistência à saúde no Brasil, que se reflete na composição da rede prestadora e no perfil dos usuários, além de indicar efeitos de aprendizado tanto de gestores quanto de usuários. A predominância do SUS e seu impacto na população é substancial: o sistema público possui o maior número de estabelecimentos de saúde e é responsável pela maior parte dos procedimentos e pela cobertura de três quartos da população do país. Além disso, é no SUS que a população encontra cobertura para procedimentos não realizados pela assistência supletiva e para aqueles tipicamente de saúde pública, além do fornecimento de medicamentos na atenção ambulatorial – um dos itens de maior gasto privado em saúde. Por sua vez, também o sistema privado é bastante sólido, cobrindo, em geral, as pessoas com melhores condições de trabalho ou de renda e apontando para a fragilidade da proposta universalizante do SUS. Os efeitos de *feedback* da política estabelecida anteriormente não só tendem a tornar essa proposta uma mera retórica, mas colocam constrangimentos objetivos para a consolidação de um sistema de saúde, de fato, *único*. Se a ausência de uma rede de serviços coloca limitações formais, os costumes e códigos de conduta desenvolvidos no contexto de experiências com o sistema dual oferecem limitações informais, podendo ser impenetráveis a mudanças no sentido de unificação da assistência à saúde. De algum modo, as escolhas do passado se naturalizam e conformam a preferência por serviços privados.

Esse arranjo institucional híbrido é consolidado na regulamentação da assistência supletiva no final da década de 90. Essa se fará apenas no sentido de regular a prestação privada de assistência à saúde, sem praticamente tocar nos elementos de interconexão entre os dois sistemas, formalizando as conseqüências de processos e

decisões anteriores e, principalmente, o arranjo dual. Essa questão será o objeto do próximo capítulo.

## 6 A REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR

### 6.1 Introdução

Da perspectiva analítica desenvolvida neste trabalho, considera-se que a década de 90 sintetiza a dupla trajetória da assistência à saúde no Brasil no período de quatro décadas, ao mesmo tempo em que são introduzidas inovações institucionais que expressam tanto a reforma da saúde quanto a conjuntura contemporânea. É nessa década que vai se iniciar e, em grande medida, se consolidar a implantação do SUS, que se traduz em mudanças institucionais no âmbito da assistência pública. Concomitantemente, vai ser definida uma política regulatória voltada para o segmento privado da assistência à saúde, que também vai ser acompanhada de mudanças na configuração institucional do governo. Apesar de qualitativamente distintas das alterações institucionais decorrentes da implantação do sistema público universal, essas mudanças vão também revelar a face de continuidade que caracteriza o padrão de assistência vigente, expressão da própria trajetória da política de saúde, cuja principal consequência foi a consolidação de um modelo dual. A regulação da assistência privada, no final da década, formaliza essa dualidade do ponto de vista legal, normativo e institucional, uma vez que, a partir daí, os dois sistemas de assistência passam a ser objeto da política de saúde de forma explícita, e não apenas por meio de não-decisões.

Como evidência desse argumento, este capítulo, prioritariamente, pretende mostrar como a constituição do marco regulatório da assistência privada consolida o formato dual por meio do qual se concretizara historicamente a assistência à saúde. Nesse sentido, a definição da política regulatória não indica uma mudança estrutural na forma de atuação governamental no âmbito da saúde, no sentido preconizado pelas reformas na concepção e forma de atuação do Estado que caracterizam o período. De uma perspectiva normativa, essas têm como uma de suas características a reintrodução na agenda pública do tema da regulação, como forma de intervenção do Estado no mercado e na sociedade, em substituição à intervenção direta que caracterizou o desenvolvimento do Estado de Bem-estar ou do desenvolvimentista. Embora não deixe de traduzir essa mudança de concepção do Estado, a regulamentação do setor privado não é o resultado de uma mudança na forma de atuação do Estado brasileiro no campo da saúde em decorrência de um processo deliberado de privatização; ao contrário, passa-se a regular uma atividade privada que já existia desde os anos 60. Ao mesmo

tempo, essa regulação do mercado não elimina a atuação estatal “tradicional”, baseada na ação direta. Ao contrário, o processo regulatório coincide com o de implantação da reforma da política de saúde, baseada nos princípios da universalização e da responsabilidade governamental pela garantia do direito à saúde, que significou um aprofundamento da intervenção estatal no setor, sob a forma de financiamento, gestão e produção de serviços. Além disso, a regulação da assistência privada significou maior intervencionismo sobre uma atividade até então auto-regulada. O arcabouço legal regulatório, que começa a ser montado no final da década de 90, expressa a dualidade das formas de intervenção ao restringir sua abrangência ao segmento dos planos e seguros de saúde privados, não tratando sequer da vinculação entre os segmentos público e privado, bem como das relações do SUS com a rede prestadora privada. Se a primeira dessas questões continua indefinida, a segunda permanece vinculada ao escopo da regulamentação no âmbito do SUS, de forma frágil e pouco institucionalizada.

Se a regulação não está associada à privatização da assistência à saúde, uma vez que formas privadas de assistência lhe são anteriores e não são decorrentes de um movimento deliberado nesse sentido nos anos 90, entretanto, o formato institucional assumido pela regulação da assistência suplementar reflete o contexto de reforma do Estado e dos mecanismos de gestão pública que caracterizam o período. O efetivo movimento de reforma no escopo e forma de atuação estatal no caso brasileiro se dá em consonância com o movimento internacional desencadeado a partir dos anos 70, articulado a um diagnóstico de crise do Estado que foi associada, principalmente, à crise das formas anteriores de regulação estatal. Esse movimento se traduziu em reformas nas modalidades de gestão pública, entre elas nos mecanismos institucionais de regulação governamental. No caso da saúde, isso vai se expressar na criação de uma agência reguladora independente, seguindo um modelo originado nos Estados Unidos e adotado nos países europeus que recentemente tinham privatizado serviços públicos anteriormente regulados pela propriedade pública.

A partir desses argumentos, neste capítulo é analisada a constituição do modelo regulatório da assistência privada, considerando tanto os aspectos políticos relativos ao processo decisório quanto a configuração do arranjo institucional que assumiu a forma de uma agência reguladora. Após uma apresentação breve do referencial normativo da questão da regulação, que se vincula ao contexto político-ideológico de reforma do Estado, são analisados os processos de introdução do tema da regulação dos planos e seguros de saúde na agenda pública e de constituição do arcabouço legal



regulamentador da atividade. Essa análise é feita, em primeiro lugar, a partir da reconstituição do processo legislativo que resultou na promulgação pelo Congresso Nacional, em junho de 1998, da Lei n. 9656, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e da evolução do processo regulatório que culminou com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em dezembro de 1999. Em seguida, são tratados alguns aspectos substantivos da regulamentação e os seus resultados mais recentes, bem como os conflitos entre os vários segmentos afetados que permitem problematizar a adequação do modelo regulatório aos fins que foram propostos<sup>230</sup>.

Na análise desses processos, enfatiza-se a dimensão política, enfocando a ação dos atores previamente constituídos no decorrer do desenvolvimento da assistência à saúde privada a partir dos anos 60, mas também de novos atores, particularmente os movimentos de defesa dos consumidores, que, embora mais recentes na arena política, expressam também o crescimento prévio dos planos de saúde individuais nos anos 80, que engendrou relações tipicamente de consumo entre usuários e operadoras comerciais de planos de saúde. Mas, se por um lado os conflitos observados na arena decisória da saúde, que refletem o desenvolvimento de uma rede complexa de instituições e atores organizacionais, tiveram um papel importante no estabelecimento de uma política regulatória, por outro lado o formato institucional assumido pela regulação da assistência suplementar reflete o contexto de reforma do Estado e dos mecanismos de gestão pública que caracterizam a década de 90 no Brasil, em consonância com o movimento internacional nesse sentido.

A trajetória recente da regulação tem como resultado a formalização de um sistema de saúde dual, que se expressa, inclusive, por meio dos mecanismos de gestão, de tal forma que passam a conviver duas lógicas de atuação governamental no mesmo *locus* institucional. O Ministério da Saúde assume, assim, as características tanto de um Estado regulador, quando trata do mercado privado de saúde, quanto de Estado positivo ou intervencionista, quando atua através do SUS.

---

<sup>230</sup> Para a elaboração deste capítulo foram utilizadas diferentes fontes, tanto primárias quanto secundárias, como: documentos relativos à tramitação da Lei n. 9658/98 no Congresso Nacional, incluindo as diversas audiências públicas e as discussões no plenário; notas taquigráficas e textos de referência de um simpósio realizado no Congresso sobre o tema; publicações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); documentos das entidades de profissionais de saúde e de entidades representativas dos segmentos que compõem o mercado de saúde; jornais; entrevistas com diretores da ANS e representantes de operadoras de planos de saúde, além de outras fontes bibliográficas.

## **6.2 O contexto normativo da regulação da assistência suplementar: reforma do Estado e as novas formas de intervenção**

O tema da reforma do Estado e, conseqüentemente, da administração pública, de forma a adequá-la às novas demandas que se colocam ao Estado, dominou a agenda política internacional desde os anos 80. Em linhas gerais, a reforma do Estado foi vista como uma conseqüência da crise do Estado intervencionista, seja na sua versão de estado de bem-estar ou desenvolvimentista, como decorrência das mudanças no funcionamento da economia desencadeadas a partir de meados dos anos 70 e associadas aos processos que receberam a denominação genérica de globalização. Em uma leitura predominantemente econômica, as explicações para a crise do Estado são vinculadas à crise econômica internacional que se inicia após os choques do petróleo, ainda na década de 70, as quais se seguiram políticas recessivas dentro de um quadro de crise fiscal e de endividamento dos governos, que passaram a buscar recursos no mercado financeiro internacional, iniciando-se um ciclo de desregulamentação e globalização financeira. Os processos de transformação econômica significaram o rompimento das amarras regulatórias tradicionais do Estado a partir do processo de desterritorialização do capital, colocando a necessidade de redefinição dos estados-nacionais e de formação de um novo marco de regulação. O resultado disso se traduziu em algumas tendências gerais, como a diminuição da participação do Estado como produtor direto de bens e serviços por meio de privatizações, concessões e desregulamentação; o aumento do incentivo e da orientação dos investimentos privados em áreas consideradas estratégicas ou prioritárias pelo setor público; e o incremento das atividades de regulação e de parcerias com diferentes atores da sociedade. Se em uma primeira fase, ainda na década de 80 e sob influência do chamado neoliberalismo, a proposta de reforma era no sentido de diminuir o tamanho do Estado e de priorizar a atuação de um mercado desregulado, a década de 90 trará a preocupação com a reestruturação e o fortalecimento institucional do setor público, via mudança do modelo de intervenção econômica e o estabelecimento de novas formas de gestão, entendidas como a construção de um modelo pós-burocrático.

As propostas e práticas de transformação da administração pública vão se centrar principalmente nos seguintes aspectos: o estabelecimento de uma administração orientada mais para resultados do que por procedimentos e normas auto-referidas; a flexibilização do funcionamento interno do setor público em termos de gestão e

contratação de pessoal, com o objetivo de aumentar a eficiência e a efetividade das ações; a ampliação do conceito de público superando a idéia do Estado como único provedor de serviços públicos, enfatizando as parcerias com o setor privado, lucrativo ou não; e a descentralização dos serviços públicos básicos para governos subnacionais.

No contexto dessas reformas, a regulação governamental ganhou proeminência enquanto uma forma central de intervenção do Estado não apenas no mercado, que é o fenômeno mais antigo, mas em diferentes setores, como na proteção do consumidor, na saúde ocupacional e na proteção ambiental. De uma perspectiva normativa, a regulação estaria substituindo outras formas de intervenção e se tornando um importante instrumento de política pública, particularmente substituindo a propriedade pública e a ação governamental direta como forma de assegurar serviços públicos eficientes. A criação de um aparato institucional voltado para a regulação torna-se a contrapartida do processo de privatização, de forma que a retirada do Estado das funções produtivas é acompanhada de transformações nas suas atividades regulatórias que assumem formas variadas<sup>231</sup>.

Nos anos 90, ocorre um processo de difusão internacional de paradigmas de reformas regulatórias que tem como base conceitual a informar a ação do Estado as teorias normativas da regulação desenvolvidas na década de 70<sup>232</sup>. Paralelamente, ocorreu a criação de agências reguladoras em vários países europeus e latino-americanos, processo associado ao movimento de privatização e de difusão do modelo gerencial para a administração pública conduzido por agências multilaterais e empresas internacionais de consultoria (Melo, 2000). Nesse contexto, a privatização de serviços

---

<sup>231</sup> Como descrevem Baldwin, Scott e Hood (1998), desenvolveram-se abordagens analíticas distintas para a compreensão do processo regulatório, não existindo nem mesmo um significado único para o termo. Esses autores identificam três definições na literatura. Na primeira, a regulação é entendida como um conjunto de regras impositivas, acompanhadas de algum mecanismo – de modo mais típico uma agência pública – para monitorar e promover submissão a essas regras. O objetivo desse regime de regulação pode ser tanto de caráter social quanto econômico, e pela regulação busca-se encorajar formas de atividades consideradas úteis. Em uma segunda definição, bem mais ampla, a regulação é entendida como todos os esforços das agências estatais para dirigir a economia. Inclui elaboração de regras e sua aplicação por meio de sistemas de coação, mas, além disso, outros instrumentos governamentais, como a taxação, o estabelecimento de incentivos para comportamentos socialmente desejáveis ou a criação de condições que permitam que essas atividades aconteçam. Na terceira concepção, a regulação se refere a todos os mecanismos de controle social, incluindo processos não intencionais e não governamentais, como, por exemplo, o desenvolvimento de normas sociais e os efeitos de mercados, através das atividades de empresários e consultores, em modificar comportamentos e modelar campos regulatórios. Ao passo que as duas primeiras definições se baseiam na atividade intencional do Estado, voltada para a modificação do comportamento e tendo como referência regras impositivas, na terceira a noção de intencionalidade desaparece, e qualquer coisa que produza efeitos no comportamento pode ser considerada como regulatória.

<sup>232</sup> Para análise dessas teorias e para uma revisão da literatura sobre regulação, ver Melo (2000), Baldwin, Scott e Hood (1998), Sunstein (1990, *apud* Melo, 2000).

públicos foi seguida de regulação, cabendo às agências reguladoras inspecionar os serviços privatizados, como telecomunicações, eletricidade e água. Mesmo sendo providos de forma privada, a tendência internacional tem sido de que os serviços públicos e outros setores considerados importantes ao interesse público passem a ser submetidos a regras desenvolvidas e aplicadas por agências especializadas, que funcionam como autoridades administrativas independentes, operando fora da linha de controle hierárquico pelos ministérios do governo central.

Majone (1999) analisa a questão a partir do movimento de passagem do Estado intervencionista ou positivo para o Estado regulador e identifica um processo de convergência institucional no sentido de o modelo das agências independentes se tornar o padrão regulatório dominante<sup>233</sup>. A concatenação de várias estratégias básicas, como a privatização, a liberalização e a desregulação, e a austeridade fiscal, a integração econômica e monetária, tem concorrido para limitar o papel do Estado intervencionista ou positivo ao restringir seu poder de tributar e de gastar, mas, ao mesmo tempo, aumenta seu poder normativo. Como aparente paradoxo, o desenvolvimento de novas formas de regulação coincide com a defesa da desregulamentação sob influência do neoliberalismo e da nova direita nos anos 80 e 90. Mas o paradoxo é mais aparente do que real, na medida em que o que se observa não é um desmantelamento de toda a regulação governamental, mas uma combinação de desregulação e “nova” regulação, essa última abrangendo as relações entre o Estado, prestadores de serviços públicos e usuários, em substituição às funções diretamente produtivas desses serviços pelo Estado. Por sua vez, as políticas de desregulação suprimidas no contexto de reforma do Estado não se referem a bens e serviços de natureza pública – embora exista um interesse público envolvido –, mas a outras formas de intervenção voltadas para corrigir desequilíbrios econômicos ou sociais (Oslzlac e Felder, 2000)<sup>234</sup>.

Análises das ações governamentais de caráter menos normativo identificam processos simultâneos de desregulação e re-regulação, dado que, embora os processos

---

<sup>233</sup> Para uma crítica a essa perspectiva da convergência a partir da identificação das especificidades nacionais dos padrões regulatórios, ver Melo (2001) e Boschi e Lima (2002).

<sup>234</sup> Entre esses, o fornecimento de insumos críticos, o uso de estoques de intervenção para regular os mercados, a fixação de paridade cambial ou da taxa de juros, a fixação do salário mínimo, etc. (Oslzlac e Felder, 2000). Esses autores destacam como área de intervenção estatal vinculada à função regulamentadora que não foi afetada no movimento de reforma do Estado aquela relativa às “funções de habilitação, controle e inspeção de estabelecimentos privados e públicos dedicados à produção e comercialização de diversos bens de consumo (alimentos, medicamentos) ou à prestação de determinados serviços (i.e. de saúde, educacionais, recreativos, culturais, de segurança) em aspectos relativos às condições de produção, qualidade dos bens ou serviços, observação de normas de moralidade pública, etc.” (2000:6).

de desregulamentação dos setores financeiros e liberalização do comércio exterior tenham sido tratados como desregulação, não se trata disso, uma vez que a liberalização se faz acompanhar de transformações nas atividades regulatórias do Estado voltadas para o objetivo de garantir credibilidade à regulação – variável crucial para a capacidade governamental de atrair investimentos (Vogel, 1996, *apud* Melo, 2000). É nessa perspectiva que a independência das agências reguladoras é vista como uma garantia de credibilidade regulatória para os investidores, fundada na obediência a regras, e não no exercício da discricão, o que permite assegurar que não haverá mudanças nas regras do jogo (Melo, 2001).

Na perspectiva das teorias econômicas que constituem a base normativa para a ação do Estado, as políticas regulatórias têm como objetivo corrigir vários tipos de falhas do mercado, de modo a melhorar sua eficiência, como: as falhas de competição ou o poder de monopólio que gera distorções na alocação de recursos pela tendência de elevação de preços; as externalidades negativas, que impõem perdas sem compensações correspondentes; a informação incompleta ou a assimetria de informações entre os agentes do mercado; e a provisão insuficiente ou inadequada de bens públicos que produzem os mercados incompletos. Essas falhas de mercado ocorrem quando não são satisfeitas uma ou mais condições do teorema segundo o qual em determinadas condições os mercados competitivos levam a uma alocação ideal de recursos<sup>235</sup>. A regulação, particularmente quando delegada a agências reguladoras independentes, permitiria a correção de falhas do mercado, de modo a aumentar a eficiência das transações<sup>236</sup>. A intervenção do governo nesses casos se daria em nome dos consumidores, da proteção de contratos e da provisão de bens públicos. No caso da regulação de serviços públicos privatizados, supõe-se uma modalidade de intervenção estatal segundo a qual as relações entre prestadores e usuários é intermediada pelas ações do Estado destinadas a proteger os interesses públicos envolvidos, especificamente os interesses dos consumidores ou usuários (Oslack e Felder, 2000:11).

---

<sup>235</sup> Como é bastante conhecido, de acordo com a economia do bem-estar, esse pressuposto se assenta em dois teoremas: 1) a condição de eficiência paretiana é atingida quando nenhuma mudança na alocação de recursos pode ser realizada de forma a melhorar o bem-estar de um indivíduo sem implicar a redução do bem-estar de outro; 2) em condições ideais, os mercados competitivos produzem uma situação Pareto-ótima na alocação de recursos.

<sup>236</sup> Como destaca Melo (2000:14), essas situações de falhas de mercado produzem a *rationale* para a ação regulatória e fornecem uma base normativa para a intervenção do Estado, mas não uma análise da prática regulatória de governos, o que é feito pelas teorias positivas da regulação (Stigler, 1975; Peltzman, 1989; Becker, 1983) e pelas teorias neo-institucionalistas da regulação (Noll, 1989; Moe, 1997; Doner e Schneider, 1999). Foge ao escopo deste trabalho tratar essa segunda questão revisada por Melo, que tem sido objeto principalmente da economia.

Uma política regulatória, na tipologia de Wilson, permite maior convergência entre os interesses afetados pela política, na medida em que pode oferecer soluções que beneficiam a todos, sendo assim uma política de soma positiva (Wilson, 1995, *apud* Costa, 2001). Mas existe sempre a possibilidade de que a regulação induza o estabelecimento de laços clientelistas entre reguladores e grupos regulados, com o risco da captura da função reguladora por interesses particularistas<sup>237</sup>.

Embora fuja ao escopo deste trabalho analisar as implicações decorrentes da natureza das políticas regulatórias, alguns aspectos merecem ser destacados por sua importância para a interpretação do processo político-decisório da regulação da assistência à saúde, na medida em que a formulação desse tipo de política leva a alterações na arena política. As políticas regulatórias são bastante distintas daquelas que exigem dispêndio direto de recursos públicos. Uma diferença é relativa à fonte de poder governamental, que decorre da criação de regras, ao invés de ser derivada da tributação e da despesa governamental, que tem impacto direto na sociedade ou em segmentos dela. Daí que o objeto principal do conflito político é a revisão e o controle da formulação de regras, ou o controle da normatividade, ao invés da disputa pela alocação de recursos, que caracteriza o conflito tradicional centrado no processo orçamentário. Em consequência, arenas de disputa pelo poder de normatizar passam a ser constituídas em torno dos novos entes reguladores. A mudança para o Estado regulador leva também ao surgimento de novos atores na arena política ou ao fortalecimento do poder de velhos atores (Majone, 1999). Entre esses últimos, o Judiciário se transforma em um protagonista ativo do jogo administrativo e na formulação de políticas, na medida em que se torna o *locus* para a solução de disputas entre agentes normativos governamentais e agentes autônomos, e ainda para o exame judicial das decisões das agências. Entre os novos atores, são importantes os especialistas e os reguladores, uma vez que a regulação depende muito de conhecimentos específicos, dos quais, do ponto de vista normativo, deriva grande parte do poder discricionário dos reguladores. Além desses, surgem novos grupos pluralistas, que agem intensamente no Estado regulador, como aqueles centrados na defesa do consumidor, na proteção ambiental ou nas questões de gênero – os chamados temas pós-industriais.

---

<sup>237</sup> A teoria da captura foi desenvolvida por Stigler (1975), segundo a qual existe o risco de o regulador, buscando maximizar seus próprios interesses, identificar o interesse de um determinado agente do mercado como o interesse da própria missão reguladora. Em muitos casos, os efeitos da política regulatória seriam contrários aos previstos pela teoria normativa.

Os pressupostos normativos que justificam a criação de agências reguladoras creditam a essa inovação institucional a possibilidade de maior eficiência, por serem idealizadas como organizações flexíveis e altamente especializadas, com grande autonomia decisória, o que lhes daria credibilidade regulatória. Em função dessas qualidades, é esperado que as agências reguladoras tenham maior comprometimento com estratégias de longo prazo, dificilmente obtido em regimes democráticos, nos quais a descontinuidade das políticas é usual pela própria natureza do regime. O pressuposto por detrás da defesa da independência das agências reguladoras, em relação tanto ao Executivo quanto ao mercado, é que isso lhes permitiria alcançar seus objetivos sem interferências políticas e pressões do poder econômico em questões em que deva prevalecer a escolha técnica<sup>238</sup>. A independência das agências implica, assim, um modelo de insulamento burocrático a partir do pressuposto de que o ambiente democrático coloca em risco a racionalidade econômica.

Do ponto de vista da teoria democrática, a atuação das agências independentes suscita questões relevantes de ordem normativa, relativas à sua legitimidade e responsabilização, e o risco de insulamento burocrático e de desvio de poder. A delegação de tarefas a agências independentes gera, em princípio, um *deficit* democrático, na medida em que elas não se inserem no modelo tradicional de *checks and balances*, ou de responsabilização horizontal, e menos ainda são responsáveis diretamente frente aos eleitores. A autonomia e a independência representam uma ameaça ao interesse público, na medida em que agentes não-eleitos tomam decisões relevantes para a sociedade, gerando uma tensão entre delegação e responsabilização ou entre autonomia e controle (Melo, 2000-2001; Boschi e Lima, 2002<sup>239</sup>). As contra-argumentações frente a essa questão sugerem a possibilidade de conciliar a independência e a responsabilização das agências por meio de mecanismos indiretos de controle que incluem normas claras de desempenho, exigências de transparência, definição clara dos objetivos e limites dentro dos quais se espera que a agência opere e

---

<sup>238</sup> Dotadas de autonomia decisória, as agências reguladoras “passam a desempenhar funções formalmente de competência do Executivo (concessão e fiscalização de atividades e direitos econômicos), do Legislativo (normas, procedimentos com força legal sob a área de jurisdição) e do Judiciário (julgar e impor penalidades, interpretar contratos e obrigações). No campo jurídico, essa multifuncionalidade é descrita como outorga de competência normativa sobre um dado setor mediante a técnica de delegação legislativa ...” (Farias e Ribeiro, 2002:83).

<sup>239</sup> Como sintetizam Boschi e Lima, “o risco de qualquer delegação consiste na possibilidade de o agente poder ultrapassar os limites do seu mandato, gerando a necessidade de responsabilização ou controle....Quando a delegação está associada a objetivos definidos politicamente no sentido de assegurar a credibilidade, os governantes não poderiam impor muitos controles *ex post* sobre os agentes sem colocar em risco os próprios objetivos originais da delegação” (2002:231).

profissionalismo para resistir à interferência externa. Para controle do mérito das decisões ou do desempenho, o contrato de gestão é visto como um dos principais instrumentos.

É nessa perspectiva que a delegação de poder decisório a agências reguladoras independentes é considerada como um mecanismo institucional capaz de fornecer uma solução para o risco de captura da função regulatória por interesses particularistas, em função das características das agências, como: a estabilidade dos dirigentes, que têm mandatos definidos em Lei; a independência financeira e gerencial; os critérios técnicos de escolha; a transparência decisória; e o poder para mediação e arbitramento de conflitos. Para garantir a transparência, as agências devem estabelecer canais de comunicação com os consumidores, elaborar consultas prévias à tomada de decisões e publicar documentos preliminares para a apreciação dos interessados<sup>240</sup>.

No caso brasileiro, a discussão sobre a reforma do Estado tomou corpo na década de 90, associada às iniciativas de reformas originadas do governo federal<sup>241</sup>. Durante o governo Collor, no início da década, foram tomadas as primeiras medidas no sentido de reduzir o Estado e romper com o passado intervencionista. O governo do presidente Fernando Henrique Cardoso consolidou a reforma do Estado e, por meio de mudanças constitucionais e legais, abriu caminho para a reestruturação da ordem econômica e para a refundação do Estado e da sociedade de acordo com os parâmetros consagrados internacionalmente (Diniz, 2001). As principais reformas incluíram: a abertura do mercado, privatizações de empresas governamentais e flexibilização do

---

<sup>240</sup> Curiosamente, a admissão da possibilidade de uma atuação técnica independente como forma de evitar a captura dos entes governamentais pelos interesses daqueles aos quais deve regular parece invalidar a própria teoria, na medida em que é atribuído ao conhecimento técnico e especializado e à autonomia a possibilidade de fornecer um escudo para impedir que interesses particularistas sejam perseguidos no processo regulatório. A passagem de indivíduos auto-interessados para indivíduos que a partir do conhecimento específico sejam capazes de agir de forma mais eficiente não fica suficientemente explicada. Além disso, a questão da eficiência não é problematizada, assumindo-se a existência de uma resposta única que seja a mais eficiente e capaz de harmonizar os interesses em jogo, eliminando-se a pactuação política. Sem aprofundar na discussão desses pressupostos, entretanto, considero adequada a formulação de Reis (1994) ao problematizar a perspectiva técnica da administração, segundo a qual para buscar a eficiência bastaria ajustar a máquina do estado. Reis enfatiza, entretanto, que o problema da administração eficiente não pode ser dissociado da política e envolve a garantia da operação democrática do Estado. Desta forma, o Estado eficiente supõe a implantação de um Estado-arena, onde os diversos interesses devem se fazer presentes. A crítica de Subirats (1997) aponta em direção semelhante ao indicar como um dos desenvolvimentos de uma gestão pública democrática que combine eficiência e participação a necessidade de superar os marcos das racionalidades técnicas e de impor uma lógica decisória baseada muito mais no compromisso do que em uma possível racionalidade. Nesta perspectiva, sem participação, a eficiência ou não o é ou não compensa os *deficits* de transparência e de responsabilidade que acarreta.

<sup>241</sup> A literatura sobre o tema é bastante ampla e perpassa a maior parte da discussão sobre a política e a economia contemporâneas, e foge ao escopo deste trabalho discuti-la. Apenas como exemplos de autores que discutem especificamente a reforma do Estado e da administração pública para o caso brasileiro, citaria Azevedo (1998), Bresser Pereira (1996a, 1996b, 1997, 1998a, 1998b), Abrúcio (1997), Abrúcio e Costa (1999), Melo (1996, 1999), Diniz (1995a, 1995b, 1997, 2001), Boschi (1999), entre outros.



monopólio de outras atividades, com repasse para o setor privado de atividades econômicas, além de serviços públicos, como telecomunicações e energia elétrica, o que exigiu mudanças no papel regulador do Estado. No âmbito interno da gestão pública foi realizada uma reforma administrativa com o objetivo declarado de tornar a burocracia governamental mais flexível e eficiente, mas que teve o caráter muito maior de redução dos gastos e de criar novas formas de provisão de serviços públicos<sup>242</sup>.

O debate nacional sobre a nova regulação de mercados, do qual nasceram as primeiras experiências de agências reguladoras, toma corpo a partir de 1995. A justificativa para a necessidade de estabelecer e reforçar instâncias setoriais de regulação, a exemplo de outras experiências internacionais, foi no sentido de proceder a reformas institucionais para modernizar a estrutura regulatória, “considerada essencial para aumentar a eficiência das economias nacionais, potencializando suas condições de competitividade e de adaptação a mudanças, conferindo segurança aos investidores e resguardando os direitos dos consumidores em mercados imperfeitos” (Farias e Ribeiro, 2002:76)<sup>243</sup>. Com a aceleração de privatizações e o ajuste estrutural da economia, iniciou-se um projeto de transformação institucional do Estado brasileiro na direção de um modelo regulador que foi consubstanciado no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PRDE), elaborado em 1995 pelo Ministério de Administração e Reforma do Estado (MARE), criado com esse objetivo específico, expressando o tratamento prioritário dado pelo governo à questão da reforma<sup>244</sup>. Embora não tenha feito uma caracterização maior das funções reguladoras, o PDRE tinha a proposta de estabelecer uma nova institucionalidade dentro do paradigma do Estado regulador e previa a criação de agências reguladoras para a execução de ações de regulação. Nos setores voltados para a provisão de serviços públicos, a passagem de formas estatais para formas privatizadas estimulou as reformas regulatórias, visando adequar esses

---

<sup>242</sup> Exemplos da proposta de flexibilização da administração pública foram: a definição da hipótese de perda de estabilidade dos funcionários públicos por insuficiência de desempenho; o fim da obrigatoriedade de um Regime Jurídico Único; a supressão da isonomia entre os três poderes; e a ampliação da autonomia gerencial, orçamentária e financeira de órgãos e entidades da administração direta e indireta, mediante contrato que tenha como objeto a fixação de metas para desempenho.

<sup>243</sup> Os autores eram à época, respectivamente, secretário executivo adjunto e assessora do secretário executivo do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão que incorporou o extinto Ministério da Reforma do Estado, criado no governo de Fernando Henrique Cardoso.

<sup>244</sup> “O PRDE teve como objetivos garantir a governança mediante novos modelos de financiamento, de organização e de gestão do setor público; aprofundar a descentralização de funções para Estados e municípios, limitar, em princípio, a ação do Estado às atividades exclusivas, reservando as não-exclusivas ao setor público não-estatal e a produção de bens e serviços, à iniciativa privada” (Farias e Ribeiro, 2002:77). A crítica que esses autores apresentam ao PRDE é que ele circunscreveu-se a uma visão institucional focada na proposição de modelos organizacionais e de gestão que referenciaram a dimensão administrativa da reforma regulatória, além de não ter se articulado com as políticas de privatização e de estímulo à concorrência.

setores à gestão pela iniciativa privada. A definição de marcos regulatórios para a provisão de serviços públicos é inaugurada pela Lei de Concessões (Lei nº 8.985/95)<sup>245</sup>. Como desdobramentos da proposta de construção de um marco legal para os entes reguladores e completando o programa de desestatização iniciado em 1990, foram criadas as agências reguladoras independentes para os setores privatizados de energia elétrica, telecomunicações e petróleo: a Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL), pela Lei 9.427/1996; a Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL), pela Lei nº 9.472/97, e a Agência Nacional do Petróleo (ANP), pela Lei nº 9.478/97. Nos anos seguintes, foram criadas agências de regulação em distintas áreas, como recursos naturais, transporte, cinema e desenvolvimento da Amazônia e do Nordeste. Como sugerem Boschi e Lima (2002:229), a multiplicação de agências parece não ter mais a ver com a racionalidade inicial e os objetivos doutrinários da reforma do Estado, mas segue uma lógica voltada mais aos graus de liberdade conferidos pelo próprio estatuto de autarquia, portanto livre das limitações impostas à administração direta, do que às metas de eficiência e credibilidade<sup>246</sup>.

No caso da assistência à saúde, foi feita uma importação desse mecanismo institucional, usado inicialmente no caso da transferência para o setor privado de atividades voltadas para a provisão de serviços públicos. Sob a justificativa de se constituírem em áreas de grande interesse social, foram criadas, em 1999, duas agências reguladoras vinculadas ao Ministério da Saúde: a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), essa na última fase do processo de estabelecimento de mecanismos e instâncias específicas para a regulação da assistência à saúde privada. A ANS deu uma direção mais forte ao processo de regulação iniciado com a regulamentação dos planos privados de saúde pela Lei 9656/98 e expressou os pressupostos normativos difundidos internacionalmente.

---

<sup>245</sup> A Lei de Concessões e a legislação setorial específica estabeleceram direitos e obrigações das empresas concessionárias de serviços, a forma de atuação do Estado no exercício da função regulatória e os mecanismos para resolução de conflitos de forma ágil e flexível (Araújo e Pires 2000:10).

<sup>246</sup> Boschi e Lima mostram como por meio da proliferação de agências “misturam-se objetivos, criam-se esferas de regulação em áreas que não constituem monopólios naturais, além de se restaurarem, pela via da atividade regulatória do Estado, instâncias de fomento já extintas e mais próximas de uma concepção de Estado positivo intervencionista do que de um Estado regulador” (2002:229-230).

### **6.3 A regulamentação dos planos e seguros de saúde – formação da agenda e processo decisório: atores, interesses e idéias**

#### **6.3.1 A introdução na agenda pública da regulamentação dos planos e seguros de saúde: a composição da arena e dos temas**

Ao definir as ações e serviços de saúde como de relevância pública, a Constituição estabeleceu que cabe ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle (art. 197). Apesar disso, durante o processo constituinte não foram definidos mecanismos de regulação das atividades privadas no campo da saúde, embora elas proliferassem no país desde os anos 60 e principalmente nos 80, praticamente à margem de qualquer regulação governamental. Durante a década de 90, no contexto de dificuldades de implantação do SUS, a assistência privada passou a ser objeto de debates a partir de diferentes perspectivas e conformou uma demanda pela regulação governamental do setor supletivo de assistência à saúde que levou à introdução da questão na agenda pública. Em meados da década, ela alcançou o debate parlamentar que culminou com a promulgação pelo Congresso Nacional da Lei n. 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Isso se deu após tramitação de nada menos do que 23 projetos sobre a questão no período de sete anos, a maioria proposta no período 1996/97, quando a discussão sobre o controle e a regulamentação do mercado de saúde ganhou grande visibilidade pública.

Duas perspectivas distintas caracterizaram o debate público que precedeu a discussão no âmbito do Legislativo, objetivadas em atores distintos e expressas em idéias também diferenciadas. De um lado, uma perspectiva eminentemente econômica e, de outro, a perspectiva assistencial. Pela primeira, a defesa da regulamentação partiu do setor econômico do governo representado pelo Ministério da Fazenda, para quem os planos e seguros de saúde eram vistos enquanto uma atividade econômica e como um mercado a ser aperfeiçoado para a expansão das empresas de assistência médica suplementar. Nesse sentido, defendia-se a abertura para o capital estrangeiro e a definição de regras para a constituição de reservas e demonstração de solvência para a permanência de empresas no mercado. Essa posição reflete a influência das idéias difundidas internacionalmente, particularmente pelo Banco Mundial, que recomendava para a agenda brasileira dos anos 90 que o governo assumisse o papel regulatório do segmento de planos e seguros privados para promover um ambiente competitivo entre

as empresas, e destas com as opções financiadas com recursos públicos, favorecendo o aumento da eficiência (Bahia, 1999). Essa perspectiva era endossada por seguradoras que atuavam na saúde e que queriam tratamento igual para todos os demais segmentos: medicina de grupo, cooperativas médicas e sistemas de autogestão (organizados e administrados por empresas para seus empregados). Na condição de integrantes do Sistema Nacional de Seguros Privados, os seguros de saúde constituíam o único segmento da assistência privada sujeito a alguma normatização pública desde a década de 60, limitada, porém, aos aspectos ligados à sua condição de instituições de seguro, não estando reguladas as atividades assistenciais. A primeira proposta de regulamentação partiu da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) do Ministério da Fazenda, órgão executor das decisões do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) e expressava os interesses das seguradoras ao propor colocar sob seu controle as atividades da medicina de grupo e a regulação das atividades de comercialização de planos e seguros de saúde (Bahia, 1999).

Do lado assistencial, a defesa da regulamentação do setor entrava para a agenda pública, na perspectiva dos interesses dos consumidores, que cada vez mais se posicionavam nos órgãos de defesa do consumidor contra as restrições de cobertura e os aumentos de preços dos planos de saúde. As denúncias contra a negação de atendimento e a elevação de preços, considerados abusivos, foram à época objeto de inúmeras intervenções do Judiciário em prol dos usuários de planos de saúde e tiveram o apoio das entidades médicas, que se posicionaram contra o controle da prescrição e realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos praticado pelas operadoras de planos de saúde como forma de diminuir custos; comportamento considerado pela categoria médica como um cerceamento da sua autonomia, em prejuízo da qualidade da assistência. Além dos consumidores e profissionais médicos, a demanda por ampliação de cobertura aglutinava também outros prestadores de serviços, como os hospitais, a quem interessava ampliar o mercado de serviços de saúde.

Um terceiro conjunto de questões em torno das quais se consolidou a pressão pela regulação do setor privado, embora de menor impacto, partiu dos gestores do sistema público. Esses passaram a propor o ressarcimento pelos atendimentos aos clientes de planos e seguros privados que fossem realizados nas dependências de estabelecimentos públicos ou conveniados com o SUS. Essa demanda era uma contrapartida da constatação de ocorrência de dupla cobrança ou de transferência para o SUS de

pacientes que tinham contratos com planos de saúde, geralmente no caso da realização de procedimentos mais caros ou não cobertos contratualmente<sup>247</sup>.

O debate na sociedade evidenciou não apenas o conflito de interesses de consumidores e operadoras de planos, mas também a disputa entre os diferentes segmentos do mercado, particularmente entre seguradoras e medicina de grupo, e teve algumas conseqüências antes mesmo que a questão fosse discutida no Congresso. A primeira delas foi a criação, em fevereiro de 1991, do Conselho Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (CONAMGE), concebido como órgão de auto-regulamentação, que pretendia minimizar a proposta de regulação governamental. Essa iniciativa expressou a reação da ABRAMGE diante da proposta de identificar o seguro saúde com a operação de planos de saúde, capitaneada pelas seguradoras e com o apoio da SUSEP. Ao mesmo tempo em que buscava demarcar a especificidade da medicina de grupo enquanto empresa voltada para a assistência à saúde, a reação da ABRAMGE fazia coro com o movimento de desregulação das atividades econômicas que caracterizou o período.

Duas outras conseqüências expressaram o conflito de interesses entre as operadoras, de um lado, e os consumidores e a categoria médica, de outro, traduzindo-se em medidas que objetivavam ampliar o escopo da cobertura assistencial dos planos e seguros de saúde. A primeira delas foi a Resolução n°1401 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que definiu que as empresas e cooperativas que atuassem sob a forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médico-hospitalares seriam obrigadas a garantir o atendimento a todas as doenças relacionadas no Código Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde. A segunda foi uma decisão do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) que, pela Resolução n° 31/94, criou uma apólice “de garantia abrangente”, que ampliava a cobertura para doenças infecciosas e limitava as exclusões de atendimento por idade, aumentando, em contrapartida, os preços para quem optasse por essa apólice.

Essas medidas expressavam os pontos mais polêmicos do debate, que se relacionavam com as restrições impostas historicamente pelos planos e seguros de saúde, as quais feriam o princípio constitucional da integralidade da assistência à saúde

---

<sup>247</sup> A justificativa para o ressarcimento se baseia na idéia de que se o consumidor contratou um plano de saúde ele tem o direito de receber a assistência pela qual pagou. Se a idéia geral do ressarcimento não encontrou opositores explícitos, as divergências foram muitas quando se tratou de definir em que casos deveria ocorrer o ressarcimento (para todos os procedimentos ou só para os previstos nos contratos, ou apenas nos casos de urgência?) e de acordo com que valores ou tabelas de pagamento (tabelas do SUS ou dos planos de saúde?).

e se expressavam na exclusão de cobertura de patologias específicas e das “doenças preexistentes” à contratação do plano e na restrição qualitativa ou quantitativa à realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Além dessas, outras questões eram objeto de insatisfação de consumidores, como a carência para utilização dos serviços, a exclusão de idosos e os reajustes de preços em função da faixa etária. Embora legalmente inócua, a Resolução do CFM apontou para a insatisfação dos médicos com as operadoras privadas e evidenciou a publicização do tema – que não se restringia apenas às instâncias judiciais e de defesa do consumidor –, o que foi decisivo para a regulamentação das atividades.

Com a grande visibilidade pública que alcançou, a regulamentação da assistência privada foi inserida na agenda do Legislativo em 1991, por meio do primeiro projeto de lei dispendo sobre obrigações e limitações dos planos de assistência médica privada, com o objetivo de discipliná-los na defesa dos interesses do usuário. Os temas contemplados nos 23 projetos de lei apresentados no período de 1991/97 refletiram as questões que afloravam nos órgãos de defesa do consumidor, nas entidades médicas e na mídia, bem como os interesses das empresas operadoras de planos e seguros, também representadas no Congresso<sup>248</sup>.

### 6.3.2 O debate na Câmara dos Deputados: atores e interesses

O debate no Congresso só avançou a partir de 1994, quando a Câmara dos Deputados começou a discutir um projeto aprovado no ano anterior no Senado, desencadeando o processo da regulamentação da saúde suplementar<sup>249</sup>. Depois de ser objeto de substitutivos na Comissão de Defesa do Consumidor e Minorias e na Comissão de Seguridade Social e Família, foi constituída, em 1996, uma Comissão

---

<sup>248</sup> A proliferação de projetos de regulamentação das atividades de assistência à saúde privada expressou os diferentes interesses e concepções envolvidos, bem como da publicização que o tema alcançou. Além dos diversos anteprojetos originados no Congresso, de projetos do Poder Executivo por intermédio do MS, do Conselho Nacional de Saúde e da SUSEP, foram apresentados durante o debate parlamentar projetos de diferentes origens como dos órgãos de defesa do consumidor, do Ministério Público, das Unimeds, etc.

<sup>249</sup> O PL nº 4.425/94, originado no Senado pelo senador Iram Saraiva como PL 93/93, aprovado em 1994, é que vai ser discutido por ocasião da regulamentação, sendo apensados a ele todos os demais que foram sendo elaborados no período de sete anos. Esse projeto proibia a exclusão de cobertura de despesas com tratamento de determinadas doenças em contratos que assegurem atendimento médico-hospitalar pelas empresas privadas de seguro-saúde ou assemelhadas.

Especial para analisar e dar parecer a esse projeto e a todas as demais propostas em tramitação na Câmara que versavam sobre planos e seguros de saúde<sup>250</sup>.

A constituição da Comissão Especial se deu no momento em que o Poder Executivo anunciava o envio ao Legislativo de outro projeto, elaborado no âmbito do Ministério da Saúde. Isso se dava ao mesmo tempo em que a discussão se aprofundava na sociedade, expressando uma grande insatisfação com os “abusos” dos planos de saúde, atribuídos à falta de regulamentação governamental.

A inserção do Ministério da Saúde (MS) nesse debate só vai acontecer na segunda metade da década, pois até então demonstrava somente a preocupação com o ressarcimento ao SUS como forma de obtenção de recursos e melhoria da gestão do sistema público<sup>251</sup>. Essa demora traduz o isolamento do Ministério em relação aos planos de saúde, que não eram objeto explícito das políticas de saúde, essas até então vistas apenas da perspectiva da construção do SUS – formalmente universal enquanto direito. A incorporação do Ministério da Saúde se fez inicialmente pela constituição de uma comissão, em 1995, para estudar o assunto, a qual incorporou representantes dos diversos segmentos interessados, como SUSEP, ABRAMGE, CIEFAS, ABRASPE e UNIMED, além da participação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Ao se introduzir no debate, o MS passou a reivindicar a fiscalização da assistência à saúde suplementar nos aspectos referentes à saúde e sua inclusão no CNSP, embora em um primeiro momento endossasse a idéia de que esse conselho deveria ser o principal *locus* regulador, posição que seria reformulada posteriormente. Dessa discussão no âmbito do MS foi produzido um projeto de regulamentação, encaminhado ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), formalmente o órgão de deliberação superior da política de saúde, até então completamente excluído do processo – o que, mais uma vez, evidencia a separação entre a assistência pública, que se considera como objeto das políticas

---

<sup>250</sup> O Regimento Interno da Câmara dos Deputados prevê, em seu art. 34, inciso II, que serão constituídas Comissões Especiais para dar parecer sobre proposições que versarem sobre matéria de competência de mais de três Comissões permanentes que devam pronunciar-se quanto ao mérito. Esse foi considerado o caso da regulamentação da assistência médica suplementar, que envolveu questões de mérito das Comissões de Seguridade Social e Família; Economia, Indústria e Comércio; Finanças e Tributação; Defesa do Consumidor, Meio Ambiente e Minorias, além da Comissão de Constituição, Justiça e Redação, pela qual passam todos os projetos. O envolvimento de diversas Comissões Permanentes da Câmara dos Deputados na discussão da matéria denota as diferentes perspectivas sobre as quais a questão da saúde suplementar foi analisada: uma atividade econômica, uma perspectiva consumerista, relacionada com direitos do consumidor que adquire um produto no mercado e, terciariamente, uma questão ligada à saúde propriamente dita.

<sup>251</sup> A ênfase no ressarcimento desnuda as falhas na regulação da prestação de serviços pelo SUS, pois a utilização indevida por usuários de planos de saúde, a rigor, só acontece quando eles obtêm acesso privilegiado ao sistema público, fora dos mecanismos regulares. Em princípio, se a regulação e controle dos prestadores de serviços do SUS for eficiente, não existe o fato gerador do ressarcimento.

públicas, e a assistência privada, ao que parece, vista exclusivamente como uma atividade econômica e sujeita ao Código de Defesa do Consumidor<sup>252</sup>.

Alguns indícios sugerem que a integração do MS na discussão da regulação da assistência privada sinalizou uma mudança de atitude do Executivo federal em relação à política de saúde e à imagem-objetivo construída para o SUS na década anterior. Em março de 1997, o presidente da República e o ministro da Saúde lançaram o plano de ações e metas prioritárias do que foi então considerado “o ano da saúde no Brasil”. As diretrizes políticas expressas nesse documento sugerem um redirecionamento das diretrizes básicas consagradas na Constituição, ao destacar que “a saúde (...) não pode ser uma questão exclusiva do Estado, envolvendo, necessariamente, a família e os diferentes segmentos sociais, nestes incluída a iniciativa privada” (Ministério da Saúde, 1997:3). Ao chamar atenção sobre a utilidade de parcerias com o setor privado, o documento relativizou a ênfase no papel do Estado em garantir a saúde que caracterizara todo o movimento político pela reforma sanitária e fora consagrado na Constituição. Além disso, entre as ações e metas consideradas prioritárias para melhorar a qualidade dos serviços de saúde foram incluídas a regulamentação e a fiscalização dos planos de saúde. Não apenas nesse documento, mas em outras manifestações o então ministro da Saúde colocava-se em uma posição de questionar abertamente o princípio da universalidade atrelado à gratuidade do SUS, que deveria se limitar a atender o segmento mais carente da população. Expressão dessa idéia foi o encaminhamento ao Congresso pelo governo de um projeto de emenda constitucional (PEC 32-A) suprimindo a universalidade, retirado após ter sido rejeitado pelo relator do projeto e dadas as suas poucas chances de aprovação. Mesmo que essa idéia não tenha tido continuidade, pelo menos no nível do discurso formal sinalizou uma postura diferenciada no âmbito do Poder Executivo menos de uma década após a reforma da saúde, indicando que as políticas de saúde retomavam o aparentemente interrompido caminho de solidificação de um sistema de atenção à saúde híbrido e dual, expresso pela coexistência de um discurso antiuniversalismo com a proposta de regulamentação do setor privado.

---

<sup>252</sup> O CNS fez alterações no projeto do MS e o encaminhou ao Congresso, tendo sido encampado por deputados oposicionistas em posição contrária ao projeto em tramitação. Mas o projeto do MS consolidava as diferenciações dos contratos privados, visando limitar o aumento dos preços dos planos de saúde de forma a possibilitar o acesso de pessoas de renda mais baixa. Ou seja, o próprio órgão governamental encarregado da implantação do SUS se colocou na posição de buscar estimular o crescimento da assistência privada.



O debate parlamentar apresentou outros indícios de como a segmentação institucionalizada da assistência à saúde se traduz na percepção e na forma de compreensão da política de saúde, que também são segmentadas. Ou seja, a forma de desenvolvimento histórico da política teve conseqüências cognitivas não apenas sobre os usuários, mas também sobre os próprios formuladores de políticas. Apesar dos vasos comunicantes entre as duas formas de assistência, a interconexão entre as atividades públicas e privadas e seus efeitos negativos sobre a imagem e a eficiência do SUS não tiveram muita visibilidade no debate parlamentar nem proeminência enquanto questão a ser considerada na política de saúde. É certo que a então bancada oposicionista do Congresso – que compunha o bloco de apoiadores do sistema público universal – chamava a atenção sobre a situação que denominavam de o “parasitismo do setor privado no SUS”, entendendo-se por isso várias das interconexões perversas entre os dois sistemas, como: a seletividade do atendimento ancorada na contrapartida de atendimento público universal para aqueles procedimentos não cobertos pelo sistema privado, dada sua pouca lucratividade; a utilização privilegiada do setor público pelo usuário de planos privados, em função das conexões entre os profissionais médicos nos dois sistemas e outras formas de acesso privilegiado ao setor público; e a privatização do sistema 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 conseqüência da falência do sistema público e, ainda, na sua valorização positiva por aliviar o SUS de uma demanda que ele não conseguiria atender. Isso significa que, embora não se formalizasse o desmantelamento do SUS, a idéia básica expressa no desenrolar do processo decisório era fortalecer o setor privado, deixando-se o atendimento do SUS para os setores sociais impossibilitados de contratar planos ou seguros privados no mercado de saúde<sup>253</sup>.

---

<sup>253</sup>Essas idéias, particularmente a assunção da separação entre clientela, apareceram de forma explícita ou implícita também no âmbito governamental, como pode ser exemplificado em manifestações do então ministro de Estado Bresser Pereira em diferentes documentos redigidos à época: “O problema fundamental enfrentado pela assistência ambulatorial e hospitalar é o da baixa qualidade dos serviços. Estes não estão disponíveis para a população nem na quantidade nem na qualidade desejável.... Não é por outra razão que os sistemas privados de medicina de grupo – os convênios – florescem, financiados não apenas individualmente, mas principalmente, pelas empresas. A grande massa da população brasileira, entretanto, continua a depender do SUS...” (Bresser Pereira, 1995, transcrito em Cadernos do MARE, 1998:12). De forma explícita, ao defender uma reforma administrativa do SUS a justifica como forma de

Durante o funcionamento da Comissão Especial na Câmara dos Deputados, de forma regimental, no período de outubro de 1996 a março de 1997, foram realizadas 12 audiências públicas, quando foram ouvidos os representantes dos diferentes setores interessados, entre atores públicos e privados<sup>254</sup>. A análise do conteúdo dos depoimentos permite traçar um panorama dos diferentes atores e respectivos interesses envolvidos e do grau de visibilidade de cada um dos que constituíam a arena política em torno da regulamentação da assistência privada.

A ABRASPE e o CIEFAS, enquanto representantes das empresas com sistemas de autogestão, procuraram marcar sua condição peculiar, na medida em que a assistência é um benefício que as empresas oferecem a seus funcionários, não tendo por objeto a comercialização de planos de saúde. Por essa razão, sua pressão foi no sentido de a autogestão não ser incluída na abrangência da legislação regulamentadora, sob a ameaça de muitas empresas terem que “devolver” a população coberta para o SUS caso tivessem que cumprir as exigências decorrentes da regulação. De acordo com seus argumentos, além de não comercializarem planos, a autogestão se distinguiria pelo fato de as coberturas serem definidas em função das possibilidades das empresas e de seus empregados, fazendo parte, muitas vezes, de acordos salariais. Por integrar o contrato de trabalho, a assistência médica se sujeita ao controle pelo Ministério do Trabalho, no caso dos planos coletivos. Além de ressaltar sua especificidade, os representantes da autogestão reivindicavam incentivos governamentais ao setor pela redução de contribuições sociais como forma de desenvolver os planos de saúde empresariais<sup>255</sup>.

Se a posição dos sistemas de autogestão, bem como das cooperativas médicas, era no sentido de não serem abrangidas pela lei regulamentadora, a medicina de grupo se posicionou pela defesa da auto-regulação. Representadas pela ABRAMGE, as empresas de medicina de grupo defendiam o direito de a iniciativa privada atuar na saúde da

---

“garantir um atendimento infinitamente melhor para a grande maioria da população brasileira, que não tem acesso a seguros de saúde privados” (idem, Folha de S.Paulo, 19/01/1997, transcrito no mesmo Caderno: 22).

<sup>254</sup> Foram ouvidos representantes da ABRAMGE, MS, CFM, PROCON-DF, ABRASPE, ASASPE-MG, CIEFAS, SUSEP, FENASEG, FBH, FENAM, Ministério Público, Assessoria Especial para Assuntos da Terceira Idade. As Unimed não participaram oficialmente das audiências públicas, embora acompanhassem os debates. Essa ausência se deu por iniciativa própria, na medida em que as cooperativas defendiam a sua exclusão do escopo da regulamentação e que não seriam atingidas pela legislação, na medida em que já eram regulamentadas pela legislação referente às cooperativas. “A UNIMED achava que iria fazer prevalecer junto ao governo essa postura e que não seria abrangida pela lei. Isso foi um erro estratégico muito grande, porque se a UNIMED tivesse participado desse processo desde o início, essa lei teria saído diferente” (entrevista com Virgílio Baião, presidente da ASASPE/MG, realizada em julho/2002).

<sup>255</sup> Essa idéia chegou a ser proposta em um projeto de lei de autoria do deputado Genésio Bernardino, que, entretanto, gerou fortes resistências, não tendo sido votado.

forma que julgasse conveniente, na condição de sistema supletivo, isto é, não vinculado ao sistema público. Para isso, avocava a liberdade à iniciativa privada na assistência à saúde garantida pela Constituição. Defendia ainda a liberdade de escolha das pessoas para optar pelo sistema público ou privado, nesse último caso tendo um desconto na sua contribuição à seguridade social, tal como no passado as empresas recebiam um subsídio governamental sob a forma de devolução de recursos pagos à Previdência Social para se incumbirem da assistência médica para seus empregados. A posição contra a regulamentação governamental encontrava eco entre parlamentares que consideravam que apenas no caso de o governo conceder subsídios aos planos se justificaria a regulamentação, que, caso contrário, deveria ficar a cargo do próprio mercado. Para organizar a atividade e garantir o mercado, a ABRAMGE admitia uma regulamentação, mas desde que não interferisse na relação contratual entre empresa e usuário, sendo contrária, portanto, à definição de cobertura e preços dos produtos a serem oferecidos no mercado de saúde.

A FBH, representando os prestadores hospitalares, defendia uma regulamentação menos abrangente e que buscasse apenas garantir a capacidade operacional do sistema privado, mas que levasse em conta a capacidade de pagamento dos consumidores. Em outras palavras, sua preferência era no sentido de garantir-se a segmentação do mercado em função do poder de compra e a explicitação contratual das restrições e reajustes. A proliferação de operadoras de planos de saúde sem nenhum controle tinha configurado um mercado no qual proliferavam empresas pouco sólidas e incapazes de honrar os compromissos contratuais e, conseqüentemente, os financeiros com os prestadores de serviços. Quanto aos procedimentos mais complexos e de maior custo, que, em geral, eram excluídos da cobertura dos planos e seguros de saúde, a FBH defendia uma solidarização no setor privado, no sentido da constituição de fundos comuns para custear esses procedimentos, tornando-os viáveis economicamente e baixando seus custos. Dessa forma, seriam carreados para o setor privado esses procedimentos, o que, sem dúvida, seria de interesse dos prestadores de serviço ao ampliar a demanda a partir dos convênios e seguros privados.

A posição da área econômica do governo, representada pela SUSEP, era centrada na defesa da participação de capital estrangeiro no setor de seguro de saúde, no tratamento igual a seguradoras e planos de saúde, exceto a autogestão, e na definição da SUSEP como órgão fiscalizador do setor. De acordo com uma primeira interpretação da Constituição, a participação de capital estrangeiro estaria vedada, a menos que houvesse

declaração de interesse nacional. Embora uma segunda interpretação tenha restringido essa proibição ao setor financeiro, a SUSEP reforçava a questão, alegando como de interesse nacional para o aumento da concorrência no setor. O tratamento igual aos diversos segmentos incluía, principalmente, a extensão aos planos de saúde da exigência de prova de capacitação financeira, o que diz respeito às reservas e ao capital necessários, até então exigidos apenas das seguradoras com a fiscalização da SUSEP. Secundariamente, reivindicava a manutenção da prática das seguradoras de trabalhar com uma cadeia de médicos referenciados<sup>256</sup>. Em relação ao *locus* regulatório, a posição da SUSEP era de reservar a ela a competência de órgão fiscalizador também dos planos de saúde, garantindo-se a participação do Ministério da Saúde apenas na avaliação da prestação dos serviços. E defendia que o Conselho Nacional de Seguros Privados, na qualidade de órgão regulador da atividade, fosse formado apenas por representantes do Poder Executivo, garantindo-se a participação do setor privado e da sociedade apenas em comissões de caráter consultivo. Embora com um discurso conciliador, posicionava-se na prática pela manutenção das exclusões de procedimentos e patologias, no que se alinhava aos interesses do conjunto das operadoras de planos de saúde.

As discussões na Câmara dos Deputados evidenciaram que o projeto de regulamentação tinha um duplo escopo. Por um lado, tratava de disciplinar as relações contratuais entre as seguradoras, empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas e planos de autogestão e seus usuários, regulando cláusulas contratuais, principalmente às relativas a exclusões de cobertura assistencial. Por outro lado, a legislação se propunha a regular o setor de saúde suplementar, fixando exigências para a constituição e o funcionamento das operadoras de planos e seguros de saúde, e definindo seus órgãos fiscalizadores, buscando garantir sua capacidade econômico-financeira. Se nesse aspecto a regulamentação governamental era admitida pelos diferentes segmentos, mesmo que em diferentes níveis ou a partir de pontos de vista diversos, o mesmo não acontecia em relação à regulamentação dos conteúdos dos contratos, que encontrou resistências das operadoras diante do que consideravam uma intromissão indesejável no mercado e no direito à livre escolha dos consumidores. Essa posição teve o apoio de

---

<sup>256</sup> Esse ponto era bastante polêmico, na medida em que a principal distinção da seguradora e um plano de saúde era considerada o pagamento de despesas de saúde no limite do valor da apólice, sendo que o segurado tem direito à livre escolha do prestador de serviço. No caso de referenciamento de prestadores, a seguradora pode efetuar o pagamento diretamente ao prestador, o que na prática a aproxima do plano de saúde, que atua com uma rede de credenciados

parte do governo, por intermédio da SUSEP, além dos representantes dos hospitais. E, nesse aspecto, configurava-se o conflito entre a noção de saúde como direito *versus* a livre concorrência na produção da assistência à saúde. Se enquanto direito a integralidade da assistência é um princípio, na oferta pelo mercado essa noção é subordinada à lógica mercantil da produção de serviços em um mercado em que, pelo lado dos produtores, prevalece a seleção de riscos, com o objetivo de diminuir custos e, pelo lado dos compradores, a escolha definida em função da disponibilidade financeira.

Esse conflito em torno da compatibilização dos preceitos constitucionais relativos à garantia da universalidade, integralidade e igualdade no acesso a serviços de saúde, de um lado, e as formas privadas de provisão dessa assistência, de outro, pode ser exemplificado com o confronto entre a posição de um representante do Ministério Público e a de um parlamentar, representante das seguradoras. O primeiro, subprocurador geral da República e coordenador da 7ª Câmara do Ministério Público Federal, Miguel Guskow, defendia:

A norma constitucional, no que se refere à assistência à saúde, é óbvia: é objeto de relevância pública. Como essa dimensão qualitativa é prevalecente sobre as vontades privadas, regras devem ser desde logo fixadas para que o objeto de relevância pública não se torne fonte de especulação, mas entre no mundo negocial mediante contornos definidos e inflexíveis. ... Que proteção se deveria dar ao consumidor do plano de saúde? Preliminarmente, por questões óbvias, as cláusulas de exclusão ou restritivas a determinadas patologias devem presumir-se não escritas. ... O bem em questão, saúde, é universal e não comporta, para efeito de sua proteção no plano de saúde, o fracionamento. ... Por integralidade se entende a vedação ou restrição de patologias do elenco de doenças a ser atendido como prestação contratual, a proibição de 'plano de saúde' apenas ambulatorial ou apenas hospitalar, porque não se pode, para efeitos normativos, ser tido como tal. Será outro tipo de prestação de serviços, mas não esse, universal, com os contornos constitucionais. Por continuidade entende-se que, se o segurado não adimplir por até seis meses o pagamento, terá o seu 'plano de saúde' assegurado; assim como, se houver extinção ou falência da empresa contratante, seus direitos serão preservados, sem ônus de adesão a outra empresa ou a outro plano. Carências são vedadas porque são estímulos à capitalização não autorizada, em detrimento do consumidor. (Audiência Pública realizada em 12/03/1997).

O que deve fazer o legislador ordinário? Disciplinar a matéria a partir de normas gerais, de modo que atenda aos princípios constitucionais ... Ele não deve se preocupar em assegurar o lucro ao setor privado, porque isso não é sua função diante do termo em pauta. A assistência à saúde deve ser integral, porque a saúde é um bem indivisível. O conceito constitucional da saúde, art. 196, é globalizante e sua

execução cabe tanto ao Poder Público quanto ao setor privado. (Audiência Pública realizada em 18/03/1997).

Posicionando-se contra qualquer forma de regulamentação, o deputado Ayres da Cunha, com vínculos estreitos com o setor de seguros de saúde, refutava:

Vemos que toda vez que o Estado se propõe a regulamentar alguma coisa é um desastre. ... V.Exa. disse que um plano de saúde é um contrato de adesão. Em todo contrato de adesão, quem adere não pode mudar cláusula. Duvido que V.Exa. algum dia tenha mudado a cláusula de um contrato referente a cartão de crédito; ou que, quando da abertura de uma conta bancária, tenha discutido as cláusulas que vão reger o relacionamento entre V.Exa. e o banco. ... se todas as premissas que V.Exa. citou são erradas, conforme meu ponto de vista, evidentemente V.Exa. chega a uma conclusão errada.... Dizer que não pode haver carência é uma ingenuidade, mostra que a pessoa não tem a menor visão de como funciona um plano ou um seguro-saúde. Dizer também que a cobertura têm que ser universal é um absurdo! Veja só. Tenho uma vida sexual regular e não uso drogas. Para que quero ter cobertura para a AIDS? Por que vou encarecer meu plano de saúde, querendo ter cobertura para a AIDS? Fiz vasectomia, e minha mulher já passou da idade de procriar. Para que quero cobertura para obstetrícia? Toda a minha família tem integridade mental. Nenhum membro da família precisa de psiquiatra. Para que internação psiquiátrica? ... O que sinto é o seguinte: no nosso País, para qualquer atividade que começa a se destacar, a ir bem, aparece logo o Governo para destruir. Por quê? Porque não podemos ter nada na nossa sociedade que funcione bem. Não podemos ter nada que dê lucro honestamente. Por quê? Porque isso vai destacar-se das outras atividades e vai mostrar que o Estado é um mau gerenciador. (Audiência Pública realizada em 12/03/1997)

Sob a pressão da mídia e do governo federal, que ameaçava assumir o comando e editar Medida Provisória regulamentando a questão, a Comissão não emitiu parecer conclusivo no prazo regimental, e a matéria foi avocada ao Plenário, conforme previsto no art. 52, § 6º do Regimento Interno da Câmara dos Deputados<sup>257</sup>. Na tentativa de obter os entendimentos necessários à elaboração de um substitutivo que alcançasse algum consenso, foi formada uma comissão informal com representantes dos diversos setores envolvidos, tanto empresas do setor como representantes de usuários e das entidades de defesa do consumidor e parlamentares designados pelos líderes de todos os partidos. Sob forte pressão do Executivo, foi produzido um relatório negociado e acolhido pelo relator, o deputado Pinheiro Landim do PMDB.

---

<sup>257</sup> Pereira, Costa e Giovanella (2001) destacam alguns pontos de conflito que impediram que o relator da Comissão submetesse um texto minimamente consensual ao plenário: a participação muito baixa dos movimentos sindical e sanitário no debate, a ausência de atuação unificada das seguradoras e operadoras de planos de saúde e uma ação coletiva dos consumidores frágil.

Finalmente, em outubro de 1997, é apresentado em plenário o projeto substitutivo do relator, que, segundo ele, buscava conciliar os interesses do consumidor com a viabilidade econômica e o desenvolvimento do mercado de planos e seguros de saúde<sup>258</sup>. O projeto traduzia, em linhas gerais, parte das demandas dos usuários, mas também a pressão dos interesses empresariais do setor voltados para a lucratividade, na maior parte das vezes incompatível com a demanda por cobertura ampla. Por parte do Executivo e sua base parlamentar, evidenciou-se claramente o objetivo de estimular o desenvolvimento desse mercado, atraindo, inclusive, o capital estrangeiro. Curiosamente, esse processo se desenvolvia ao mesmo tempo em que, paralelamente e de forma independente, crescia a mobilização por maior aporte de recursos ao SUS, com vistas a possibilitá-lo a cumprir seus objetivos constitucionais, que teve o apoio explícito do governo federal, conforme visto anteriormente. A dualidade estrutural do sistema de atenção à saúde se expressava também na forma isolada de encaminhamento das duas ordens de questões: o financiamento do sistema público e a regulamentação do sistema privado.

### **6.3.3 A discussão do projeto substitutivo: idéias e resultados**

O debate do projeto substitutivo no plenário da Câmara é revelador das idéias construídas em torno da assistência à saúde. De alguma maneira, tal como ocorrera durante o processo constituinte, ele é revelador do conflito entre as duas concepções de assistência à saúde que conviveram na trajetória da política de saúde: a publicista e a privatista. Diferentemente, contudo, nesse momento ambas já se encontravam ancoradas em fortes estruturas institucionais e apoiadas por interesses políticos já bastante consolidados. Por um lado, o sistema público, apesar de todas as dificuldades políticas e econômicas, institucionalizava-se pela via de um arcabouço jurídico que se consolidava e induzia a práticas transformadoras, por meio de um processo radical de descentralização da política de saúde. Nesse processo, um espectro amplo de atores políticos se constituía ou se fortalecia ao ser inserido na implantação do SUS, ressaltando-se os governos municipais, que assumiam a execução da assistência à saúde em graus variados, e a participação da sociedade, por intermédio de vários segmentos representados nas instâncias de controle público formalmente criadas, destacando-se os

---

<sup>258</sup> De acordo com o relator, “à defesa intransigente dos interesses do consumidor soma-se o cuidado em preservar a viabilidade econômica e respeitar as bases técnicas sobre as quais se assenta o setor” (DCD, quarta feira, 8/10/1997, p.31606).

conselhos paritários de caráter deliberativo e fiscalizador<sup>259</sup>. Por outro lado, a estrutura de assistência privada já se institucionalizara o suficiente para desafiar a implantação dos preceitos universalistas e igualitários. Constituíra atores políticos relevantes e atuantes na defesa de seus interesses, além de fazer parte do imaginário dos usuários da assistência à saúde, muito mais do que a assistência pública. Isso se expressa na imagem do setor público como ineficiente, de má qualidade e deteriorado, vis-à-vis a imagem do atendimento privado como de melhor qualidade, apesar das distorções de cobertura e preços que se buscava solucionar com a proposta de regulamentação governamental. Essas duas estruturas de assistência à saúde expressavam-se em concepções ambivalentes, em que à perspectiva de direito social a ser garantido a partir de ações diretas do Estado se mesclava a de direitos de consumidor, que pressupunha a garantia de contratos e da qualidade dos serviços contratados no mercado.

Por parte dos partidos opositores, particularmente dos partidos de esquerda, o projeto substitutivo recebeu duras críticas diante do que era considerado como a privatização da saúde, transformando-a em uma mercadoria a que tem acesso apenas quem tem recursos para comprá-la, em franca oposição às disposições constitucionais, que proclamam, além da universalidade, a igualdade no atendimento à saúde. As clivagens ideológicas em torno do eixo estatização/privatização que se manifestaram durante a tramitação do projeto de regulamentação do setor privado de alguma maneira explicitam o conflito entre a concepção de saúde como um direito – que remete ao seu caráter público e à noção de universalidade – ou como um bem privado a ser garantido através de trocas no mercado, portanto, relacionado à busca da maximização dos ganhos de quem oferece o serviço e dependente da disponibilidade de recursos de quem compra. O embate tanto no Congresso como na sociedade, de uma perspectiva analítica, permite elucidar as dificuldades decorrentes do tratamento da assistência à saúde como um bem privado e traçar os elementos do conflito em função da incompatibilidade no campo da assistência à saúde entre a lucratividade empresarial e as demandas por integralidade e igualdade da atenção. Apesar de muitos dos segmentos verem na regulamentação a possibilidade de conciliar a lógica de mercado com a garantia de direitos, essa incompatibilidade não tinha grande visibilidade.

---

<sup>259</sup> Criados para as várias instâncias de governo por determinação legal, os conselhos de saúde têm contribuído para a constituição de novos sujeitos políticos, malgrado as diferenças locais e regionais em função da dependência de outros fatores políticos, particularmente a forma de constituição do poder local e o grau de mobilização da sociedade civil.



As ambigüidades de um sistema de assistência à saúde de caráter dual se expressaram nos vários discursos, de tal forma que ora o sistema privado era visto como uma alternativa independente do SUS que tem uma lógica mercantil, e não social, ora se considerava a peculiaridade do mercado de assistência à saúde, na medida em que o assalariado de classe média é coagido a buscar a assistência suplementar não como uma opção, mas como uma necessidade, em função da má qualidade dos serviços públicos<sup>260</sup>. A idéia mais recorrente, implícita no debate no Congresso, que justificava a defesa do sistema suplementar era a percepção de que segmentação de clientela nos dois sistemas de assistência seria favorável ao SUS ao tornar seus recursos mais produtivos, uma vez que dirigidos a uma população usuária menor, ao ser desafogado pelo sistema privado. É nessa perspectiva de regular o mercado para desenvolvê-lo, de forma a aumentar a cobertura, que se insere a proposta de participação de empresas estrangeiras como forma de redução de custos ao tornar o mercado mais competitivo<sup>261</sup>.

Expressão da incompatibilidade da garantia de direitos amplos e da lógica mercantil, os pontos mais polêmicos do projeto foram os aspectos relativos à regulamentação dos contratos. Apesar de responder a algumas das demandas dos consumidores, estabelecendo coberturas mínimas e proibindo algumas exclusões anteriormente praticadas rotineiramente, o substitutivo do relator manteve limitações e carências, garantiu reajustes em função da faixa etária e permitiu planos parciais<sup>262</sup>. Desta maneira, concretizou-se nesse projeto a diferenciação da assistência a partir do poder de compra dos consumidores em um mercado como qualquer outro, o que deixou insatisfeitos consumidores e profissionais, gerando também a reação das operadoras em sentido contrário<sup>263</sup>.

---

<sup>260</sup> Essa visão está implícita, por exemplo, entre os representantes dos consumidores que justificavam a necessidade de regulamentação pelo Poder Público no sentido de garantir no sistema privado a assistência integral enquanto direito (idéia presente em depoimento da representante do Procon/DF em audiência pública na Câmara dos Deputados em 29/10/96).

<sup>261</sup> O discurso do deputado federal pelo PSDB/RJ, então o partido governista, Ronaldo Cezar Coelho, em defesa do projeto demonstra bem a concepção de sistema de saúde subjacente em que se visualiza uma “integração” entre o sistema público e o privado, entendida na perspectiva de que quanto maior a saúde suplementar, maiores as garantias e a qualidade dos serviços universais do SUS.

<sup>262</sup> As questões mais polêmicas e que não lograram a obtenção de consenso foram: a possibilidade de discriminação de doenças (entre elas as preexistentes à contratação dos planos), de doentes e de procedimentos, visto pelos opositores como a legalização da exclusão; a possibilidade de planos parciais (ambulatoriais ou hospitalares) ferindo a idéia de integralidade da assistência; e a variação de preços em função da faixa etária. Como solução conciliadora diante dos clamores contra as restrições impostas pelos planos de saúde, o projeto estabeleceu um “plano de referência” com atenção integral, que deveria ser oferecido por todas as operadoras, mas com preço diferenciado, além do “plano mínimo”, que definia o pacote assistencial mínimo, que deveria ser coberto por qualquer plano.

<sup>263</sup> Com uma postura realista e assumindo como legítima a segmentação dentro mesmo do setor privado, assim se expressou o deputado Inocêncio Oliveira (PFL-PE): “já que SUS não está atendendo adequadamente nossa população, sobretudo os segmentos mais pobres, carentes e necessitados, os planos

Nos aspectos relativos à regulamentação do setor, os principais conflitos foram a definição do órgão fiscalizador e o tratamento igual dado às diferentes operadoras de planos e seguros, incluindo a chamada autogestão. Pelo substitutivo do deputado Pinheiro Landim, posteriormente aprovado, foi definido o CNSP como o *locus* institucional da regulação, inclusive nos aspectos relativos à saúde, estabelecendo-se alterações na sua composição, de forma a incluir o Ministério da Saúde. A fiscalização coube ao Ministério da Fazenda, através da SUSEP, expressando a ótica econômica da qual partira a regulamentação da atividade, tendo como base conceitual o modelo de regulação econômica. Na relação com o sistema público, o único dispositivo do projeto era a exigência de ressarcimento ao SUS nos casos de utilização dos serviços públicos por contratantes de planos de saúde privados.

Houve certo consenso entre os parlamentares, inclusive os da oposição, de que a modalidade de autogestão merecia um tratamento diferenciado, na medida em que não se constitui enquanto empresa lucrativa, mas como uma assistência prestada pela empresa empregadora a seus funcionários. No debate parlamentar, verificou-se, mesmo entre os defensores de teses mais publicistas, certa complacência em relação aos planos de autogestão, aparentemente em contradição com a defesa de uma assistência pública universal, na medida em que a autogestão também é uma segmentação em relação ao SUS e, por cobrir os trabalhadores em geral mais organizados, retira do sistema público importantes bases de apoio. Em certa medida, essa postura dos parlamentares vinculados ideologicamente aos interesses dos trabalhadores e dos excluídos aponta mais uma evidência das contradições nas atitudes em relação à assistência médica empresarial que dá cobertura a um expressivo contingente de trabalhadores e passa a ser vista por esses como uma conquista, e não como uma forma de privatização da assistência.

Embora tenham sido apresentadas 131 emendas ao substitutivo do relator, apenas algumas foram aprovadas, as quais não mudavam a essência do projeto, evidenciando o

---

de saúde surgem, sem sombra de dúvida, como nova opção. ... a criação de um plano de referência com cobertura total para o segmento que pode pagar bem é uma condição fundamental. No entanto, um plano mínimo para a população que não pode pagar muito é também da mais alta importância, é realista, com relação à situação brasileira...” (DCD, 15/10/97:32454). Expressou ainda de forma clara a idéia que permanecia subjacente no debate, que é a divisão de atribuições entre o setor público e o privado, cabendo ao Ministério da Saúde fazer “a verdadeira medicina preventiva” e atender aos 40 milhões de excluídos. Na mesma linha, contra a cobertura integral defendida pela oposição e pelos consumidores, assim se pronunciou o deputado Roberto Jefferson (PTB): “cobertura única é sinônimo de sistema único. O SUS faliu e agora temos que salvar alguma coisa nos seguros e medicina de grupo. Medicina única, procedimento único: falência do sistema público. Agora estamos fazendo uma lei, longe daqueles chavões da constituinte ‘saúde é um direito de todos e um dever do estado’ e o Estado não cumpre por ser uma utopia” (DCD,16/10/98:32712).

acordo com a base governista no sentido de apoiar o projeto do governo. Depois de aprovado na Câmara em dezembro de 1997, o projeto foi encaminhado para votação em segundo turno no Senado Federal. Em síntese, o conteúdo desse projeto era:

A base conceitual do projeto aprovado na Câmara é o da macro-regulação, expresso em dois grandes eixos, um de natureza econômica e outro focado na assistência à saúde. Na regulação da atividade econômica... definia as condições de ingresso, operação e saída do setor e um conjunto de exigências de garantias financeiras e econômicas, inclusive margem de solvência, das empresas que operam no setor. Esse conjunto de regras pretendia dar segurança ao consumidor, garantindo que as empresas teriam que demonstrar condições efetivas de cumprir os contratos assinados (Januário Montone, Diretor-Presidente da ANS, 2001).

Na regulação da assistência à saúde, houve a exigência de que todas as operadoras de planos de saúde demonstrassem a capacidade de produzir serviços integrais de assistência à saúde, o que se expressava na exigência de um “plano de referência”. Mas, por opção do consumidor, esse poderia adquirir um plano com cobertura menor, desde que não inferior ao definido como um “plano básico”.

#### **6.3.4 A reviravolta no Senado: a mudança da atuação do Ministério da Saúde**

O projeto aprovado na Câmara provocou insatisfação de diferentes segmentos, excetuando-se a medicina de grupo, as seguradoras e os planos de autogestão que, pelo menos em certa medida, tiveram seus interesses contemplados<sup>264</sup>. Entidades representativas dos usuários, como o IDEC e o PROCON, e de profissionais de saúde, como o CFM e a AMB, manifestaram-se publicamente contra o projeto de lei tanto na Câmara quanto no Senado. Realizaram atos públicos e fizeram divulgação na imprensa e muita pressão sobre deputados e senadores. Os principais questionamentos ao projeto relacionavam-se à manutenção de restrições de cobertura e à definição da SUSEP como órgão fiscalizador. O Senado mostrou ser uma arena mais permeável aos interesses das entidades médicas e das Unimed (Bahia, 1999:248). O embate entre os atores e as posições divergentes apontava para a não

---

<sup>264</sup> Conforme entrevista com João Luis Barroca de Andréa, diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, realizada em maio de 2001: “Esse projeto, do jeito que saiu era tolerável pela medicina de grupo, tolerável pelas auto-gestões, bastante bom para as seguradoras e bastante ruim para as cooperativas; mas não atendia aos principais desejos das entidades de defesa do consumidor e também das entidades médicas, que começam a fazer ruído quando esse projeto volta ao Senado para ser sacramentado em 1998”.

aprovação do projeto no Senado. Caso isso acontecesse e ele recebesse emendas propositivas no Senado, teria que voltar para a Câmara, reiniciando o processo de discussão. Do ponto de vista regimental, a única hipótese de isso não ocorrer seria no caso de o Senado fazer apenas emendas supressivas.

Em 1998, o então nomeado ministro da Saúde, José Serra, empenhou-se em negociar o projeto no Senado, de tal forma que, diferentemente do período anterior, o setor saúde passou a definir o processo decisório. A nomeação de José Serra significou a inserção do Ministério da Saúde no núcleo do poder, iniciando uma fase nova do Ministério. Especificamente no caso da assistência privada, a mudança ministerial marca uma inflexão na atuação do Ministério, deixando-se de considerar a questão como afeita à área privada e econômica, passando-se a considerá-la como da competência do Ministério da Saúde. A defesa urgente da regulação passa a ser feita a partir de um discurso econômico sobre a imperfeição do mercado no caso da assistência médica, em que certas premissas básicas do mercado eficiente não funcionam. A partir da mudança ministerial e após sete anos de debate sobre a questão, foram reconfigurados os objetivos da regulação governamental da assistência suplementar da perspectiva do Poder Executivo, que passa se empenhar fortemente na regulação do setor. Esses objetivos foram posteriormente sintetizados assim: “A regulação de planos e seguros de saúde é uma atividade governamental destinada a corrigir as falhas de mercado e condições contratuais que afetam consumidores e empresas e repercutem negativamente na opinião pública” (Barroca de Andréa, 2002:4). Apesar da ênfase nos aspectos assistenciais, a interferência governamental foi justificada como forma de buscar um equilíbrio entre os agentes do mercado – consumidores, operadoras e prestadores de serviço – e o SUS, criando condições para o crescimento do setor e a garantia da prevalência do interesse social do interesse público (Montone, 2000)<sup>265</sup>.

---

<sup>265</sup> Em outra palestra, o diretor-presidente da ANS resume os objetivos da regulamentação em seis pontos: 1) assegurar aos consumidores de planos privados de assistência à saúde cobertura assistencial integral e regular as condições de acesso; 2) definir e controlar as condições de ingresso, operação e saída das empresas e entidades que operam no setor; 3) definir e implantar mecanismos de garantias assistenciais e financeiras que assegurem a continuidade da prestação de serviços de assistência à saúde contratados pelos consumidores; 4) dar transparência e garantir a integração do setor de saúde suplementar ao SUS e o ressarcimento dos gastos gerados por usuários de planos privados de assistência à saúde no sistema público; 5) estabelecer mecanismos de controle da abusividade de preços; 6) definir o sistema de regulamentação, normatização e fiscalização do setor de saúde suplementar. (Montone, palestra proferida no Conselho Nacional de Saúde, em 6/6/2001).

Por intermédio do Ministro, o governo defendeu a aprovação imediata do projeto, apenas com emendas supressivas, e foi firmado um acordo com os senadores e também com os órgãos de defesa dos consumidores e os profissionais de saúde, segundo o qual, por meio de Medida Provisória, o Executivo alteraria os pontos divergentes em que não fora possível conciliar os interesses em disputa<sup>266</sup>.

Em maio do mesmo ano, o Senado aprovou com supressões o projeto de lei da Câmara, dando origem à Lei nº 9665. Apenas dois dias após ser sancionada pelo presidente da República, foi editada a Medida Provisória nº 1685 (5/junho/1998), contendo as mudanças acordadas pelo ministro, em um procedimento que, embora legal, subverte o processo legislativo usual e aponta para a força do Poder Executivo no processo decisório e como Poder Legislativo<sup>267</sup>. Do ponto de vista da regulação, houve uma mudança substancial ao se alterar o *locus* regulatório, criando-se um sistema híbrido, que agregava a área financeira e a assistencial. Cria-se o Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU), presidido pelo ministro da Saúde, expressando a prioridade do Ministério da Saúde na normatização do setor, mantendo-se o papel regulador do CNSP nos aspectos econômico-financeiros. Como braços operacionais dos dois conselhos, permanecem o Departamento de Saúde Suplementar, recentemente criado no âmbito do MS, e a SUSEP no MF. Dá-se também a alteração da Câmara de Saúde Suplementar, que passa a ser uma instância consultiva, com uma composição ampliada e com representação dos diferentes segmentos e interesses envolvidos. Em relação aos aspectos assistenciais, as mudanças foram significativas, no sentido de coibir a prática empresarial da seleção de riscos.

A partir daí, a regulação sai do Legislativo, e o Executivo assume a condução do processo regulatório por meio da edição e reedição de sucessivas Medidas Provisórias. Ao todo, foram editadas 44 MPs, sendo a última a de nº 2177-44, em agosto de 2001,

---

<sup>266</sup> O acordo proposto previa: a ampliação de cobertura por meio de planos segmentados por regime assistencial (ambulatorial ou hospitalar, dependendo do contrato); o compromisso de revisão da exclusão de transplantes de órgãos; nova redação para o aumento de preço para pessoas acima de 60 anos; compromisso de revisão dos termos para cobertura de doenças e lesões preexistentes; definição do Ministério da Saúde como instituição responsável pela regulamentação dos aspectos assistenciais e da SUSEP pelos aspectos econômico-financeiros, com poder de veto recíproco (Bahia, 1999).

<sup>267</sup> A MP gerou grande insatisfação do setor da medicina de grupo, assim expresso pelo presidente da ABRAMGE/MG, em entrevista concedida em outubro de 2002: “Essa medida foi completamente diferente do que a gente queria, do que tinha sido acordado anteriormente. Nas comissões que discutiram o Projeto de Lei não se conseguia chegar a um consenso mas conseguiu se alinhar um projeto que poderia atender. Um abria mão de um detalhe, o outro abria mão de outro, e cada segmento ia se adequando; e naquela mesa saiu o projeto que seria transformado em Lei. Mas na realidade o Ministro da Saúde reagiu de outra forma, ignorou aquilo e fez a MP”.

ainda em vigor<sup>268</sup>. O processo de regulamentação vem se consolidando por Resoluções do CONSU e, a partir de 1999, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). As principais mudanças no percurso das 44 MPs foram relativas ao modelo de regulação. Atualmente, o marco regulatório encontra-se estabilizado. Apesar da necessidade de consolidar a legislação regulamentadora e legitimá-la na instância legislativa parlamentar, a votação de um projeto de lei de conversão que reflita o modelo de regulação vigente ainda não está na pauta do Congresso, em grande parte pelo caráter ainda bastante polêmico da questão, mas também pelas atribuições legislativas assumidas pela agência reguladora.

#### **6.4 A evolução do processo regulatório: a mudança do modelo institucional**

A evolução da regulamentação da assistência à saúde suplementar aponta para mudanças de concepções que se traduziram em alterações no modelo de regulação. A primeira Medida Provisória que alterou a Lei 9.656/98 após o debate no Senado constituiu uma regulamentação bipartite, a partir de uma separação de funções entre duas instituições. Em relação ao primeiro projeto aprovado na Câmara, essa mudança indica uma alteração conceitual ao se ampliar a regulamentação da assistência à saúde, mudando-se da idéia de uma macrorregulação econômica para o conceito de regulação específica. A consequência foi o reforço do papel da área da saúde, sendo que o Ministério da Saúde passa a ter papel equivalente ao do Ministério da Fazenda, mantendo-se, contudo, a compreensão de assistência como um produto a ser oferecido ao consumidor.

O modelo híbrido de regulação logo mostrou suas dificuldades de operacionalização e de compatibilização, e problemas de superposição de funções. Ao passo que o CONSU de pronto se pôs a funcionar, aprovando um conjunto de resoluções voltadas ao detalhamento das regras para cumprimento da legislação, o mesmo não ocorreu no CNSP<sup>269</sup>. Em consequência, foi feita nova alteração institucional por meio de Medida Provisória no sentido de se restringir ao CONSU a atribuição de órgão regulador, o

---

<sup>268</sup> As mudanças nas regras congressuais deixaram de obrigar a reedição de medidas provisórias decorrido o prazo de 30 dias, quando perdiam a validade.

<sup>269</sup> De acordo com o presidente da ANS: “O ineditismo do processo, aliado à separação entre a regulamentação e fiscalização econômico-financeira, que ficou na área da Fazenda, e a regulamentação e fiscalização da produção dos serviços de assistência à saúde, atribuição do Ministério da Saúde, dificultou a sinergia e provocou uma falta de unidade estratégica no processo de regulação, gerando problemas de efetividade, habilmente explorada por uma parcela do mercado” (Januário Montone, 2001).

qual, entretanto, deixa de ser vinculado ao Ministério da Saúde e passa a ser um órgão interministerial, ligado à Casa Civil em um primeiro momento<sup>270</sup>. O CONSU passa a ser o órgão máximo de deliberação, mas ao mesmo tempo define-se no âmbito do Executivo a criação de uma agência reguladora.

Como forma de solucionar os conflitos surgidos a partir dessa estrutura institucional dupla, e refletindo a tendência observada em outros setores a partir da reforma de Estado brasileira, foi proposta a criação de uma agência reguladora para a saúde suplementar, vinculada ao Ministério da Saúde. Em dezembro de 1999, é criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), inicialmente também por meio de uma Medida Provisória, logo em seguida transformada em lei (em janeiro de 2000), inaugurando nova fase no processo de regulação.

A agência é vinculada ao MS, o que explicita a concepção de regulação na esfera da saúde. Sua criação enquanto agência reguladora, de certa maneira, esvaziou o papel do CONSU, embaçando os limites das atribuições de cada um desses órgãos, respectivamente, na medida em que as funções normativas foram transferidas para a ANS. Formado por vários ministros de Estado, o Conselho se reúne esporadicamente e fica limitado apenas à definição de macrodiretrizes e à supervisão das atividades de regulação, cabendo à ANS, de fato, a maioria das funções reguladoras.

Seguindo o modelo prescritivo de uma agência reguladora, a ANS, como autarquia sob regime especial, é dotada de autonomia administrativa, financeira, técnica, patrimonial e de gestão de recursos humanos, com mandato fixo de seus dirigentes. Sua relação com o MS se dá por meio de um contrato de gestão, no qual são previstos os indicadores para a avaliação do desempenho da ANS, sendo esta a principal forma de controle de suas ações. Seus recursos são provenientes de arrecadação própria. As decisões são tomadas por uma diretoria colegiada e os dirigentes são indicados e nomeados pelo presidente da República, após aprovação pelo Senado, tendo seu mandato definido em lei. A agência tem poder legal para efetivar suas decisões. Após sua criação, ficaram bem mais claros os objetivos governamentais na regulamentação dos planos e seguros de saúde, constituídos a partir do debate iniciado na sociedade e no

---

<sup>270</sup> De acordo com entrevista realizada com Barroca, diretor da ANS, a vinculação do CONSU à Casa Civil, sendo presidido pelo ministro chefe da Casa Civil, “foi uma solução de compromisso para que não ficasse como se fosse uma vitória de um ministro sobre o outro”. A composição do CONSU sofreu várias alterações, atualmente sendo presidido pelo ministro da Justiça, e não contando mais com a participação da Casa Civil. Além do ministro da Justiça integram o Conselho os ministros da Saúde, da Fazenda, da Justiça e do Planejamento, Orçamento e Gestão.

próprio mercado segurador. Nesse processo, a influência do ministro Serra foi decisiva. Ele demonstrou ser um propagador do instrumento regulatório de agências independentes, uma vez que na sua gestão o Ministério já tinha criado a Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

A criação da ANS significou a incorporação das tendências de reformas institucionais em curso, apesar das diferenças históricas e institucionais entre a trajetória dos setores que foram objeto de regulação. Na experiência internacional mais recente, o modelo de agência reguladora, de forma mais típica, tem sido utilizado para a regulação de atividades antes de responsabilidade pública que são privatizadas ou tiveram o monopólio estatal flexibilizado, como forma de garantir o interesse público. Esse foi o caso no Brasil da criação da ANEEL, da ANATEL e da ANP. Nesse sentido, as agências expressam, ao mesmo tempo, a expansão da atividade privada para novas áreas e a reconfiguração das funções do Estado. Entretanto, no caso da assistência à saúde, essa não foi exatamente a trajetória histórica, uma vez que o mercado de saúde desenvolveu-se previamente à intervenção governamental. Diferentemente das outras agências que se voltaram para a formação e diversificação de mercado, a ANS tinha a intenção de constituir mecanismos estatais de fiscalização e controle de preços, corrigir as “falhas do mercado” e os problemas nas condições contratuais e preservar a competitividade do mercado, contribuindo para a sustentabilidade das empresas e gerando incentivos que beneficiem os consumidores.

No setor da produção de serviços de saúde, as principais falhas de mercado identificadas pela economia da saúde são: a assimetria de informações entre clientes, operadoras e provedores de serviços – que produzem a seleção adversa ou o *moral hazard* –, a provisão inadequada de bens ou serviços e a seleção de riscos. Em função dos mecanismos peculiares que caracterizam a formação da demanda na saúde, os quais tendem a elevações constantes de custo<sup>271</sup>, as saídas dos agentes do mercado para maximizar ganhos é o privilegiamento de clientes com baixo risco de utilização de serviços ou a imposição de altos prêmios pela expectativa de custos. Se essa seleção de riscos pode se dar por parte das empresas, que preferem oferecer cobertura para os riscos menores, por parte dos clientes pode ocorrer na situação pré-contratual a seleção

---

<sup>271</sup> Costa e Ribeiro (2001) resumem bem o processo de formação de demanda no setor saúde, que é afetado por: transição demográfica, que gera demanda por serviços de alto custo e longa duração; transição epidemiológica, que eleva a morbidade associada a doenças crônicas e emergentes; inovação tecnológica e ampliação da capacidade terapêutica, que geram necessidades crescentes e demanda por atenção de alta tecnologia; autonomia decisória médica, com reflexo nas despesas de saúde; e ênfase em estratégias curativas.



adversa – ou seja, indivíduos tendem a adquirir seguros e planos de saúde quando já apresentam problemas de saúde – ou na situação pós-contratual, quando tendem a consumir mais serviços em função de estarem cobertos por planos, o que configura o risco moral, ou *moral hazard*. Esse pode ocorrer também pelo lado dos prestadores de serviços, que tendem a solicitar ou realizar maior número de procedimentos quando existe a garantia do pagamento. Em função da possibilidade dessas falhas do mercado, a intervenção governamental é justificada pela necessidade de garantir a qualidade dos serviços e a amplitude de cobertura, uma vez que o mercado por si só não os garante de forma adequada.

A intenção de reorganizar o mercado foi a justificativa para a abertura ao capital estrangeiro, visando estimular a concorrência, e para a criação de inúmeras exigências e regras econômico-financeiras para as empresas que operassem nesse mercado, entre elas a comprovação de solvência e a constituição de reservas técnicas.

Agregando esses dois grupos de objetivos – corrigir falhas do mercado e organizar o mercado, estimulando a concorrência –, a regulação por meio do mecanismo institucional de agência reguladora independente, entendida no âmbito da nova gestão pública como capaz de impedir a captura do Estado pelos interesses privados, foi vista como a possibilidade de obter maior convergência entre os diversos interesses afetados, de forma a obter ganho tanto para os diversos operadores do mercado quanto para os consumidores; ou seja, a política regulatória como geradora de um virtuoso jogo de soma positiva.

Com a criação da ANS, o conflito político se deslocou do Legislativo para a agência, onde os diferentes atores buscam obter uma regulação que os beneficie. A participação da sociedade por intermédio dos vários segmentos sociais interessados, é garantida na Câmara de Saúde Suplementar, embora de caráter apenas consultivo. Um instrumento de participação mais ativa são as câmaras técnicas, definidas para a discussão de assuntos específicos e formadas por membros indicados pelos segmentos que compõem a Câmara de Saúde. Outro instrumento de responsabilização usado pela ANS são as “consultas públicas”, por meio dos quais, com a utilização da internet, assuntos e propostas são colocados para o debate público. Esse modelo de consultas, principalmente por intermédio da Câmara de Saúde Suplementar e das Câmaras Técnicas, garante o espaço do debate para os componentes da complexa teia de atores do mercado da assistência privada – entre os principais, os consumidores, operadoras e

prestadores de serviços (hospitais e profissionais), mas incluindo também representação dos gestores do SUS –, na tentativa de influenciar o processo regulatório. Mas, de acordo com o mecanismo institucional de agência reguladora, o caráter apenas consultivo dessas câmaras garante à ANS, por meio de uma diretoria colegiada, a autonomia decisória. Ao Conselho Nacional de Saúde, a quem legalmente compete atuar na formulação de estratégias e no controle da política nacional de saúde, fica garantido assento na Câmara de Saúde Suplementar na mesma condição dos demais componentes, ou seja, de forma apenas consultiva.

Essa autonomia tem sido questionada, na medida em que as decisões da ANS, muitas vezes, são consideradas pelos agentes do mercado como uma exorbitância dos preceitos legais. Na medida em que o arcabouço regulatório é constituído de um *mix* de Lei, Medidas Provisórias, Resoluções do CONSU e decisões da ANS, os limites das competências da agência também não estão muito claros. Mas, considerando a autonomia administrativa, financeira e política da ANS, por suposto ela é dotada de alto grau de discricionariedade, justificada pela necessidade de se distanciar dos interesses regulados e de atuar dentro da perspectiva técnica.

Na medida em que, por definição, cabe à ANS regular o mercado, suas estratégias precisam combinar a defesa dos consumidores com o desenvolvimento de um determinado perfil de empresas para atuar no setor e cujo resultado seja a obtenção de um equilíbrio vantajoso para a sociedade. Entre os vários conflitos que podem ser identificados nessa tarefa, Giovanella, Ribeiro e Costa (2002) chamam a atenção para o desafio de encontrar um ponto de equilíbrio entre direitos individuais abrangentes, nos quais se concentra o Código de Defesa dos Consumidores, e as estratégias das empresas, capaz de assegurar a existência de um mercado competitivo e diversificado, formado por empresas sólidas e consumidores esclarecidos<sup>272</sup>. Nesse confronto, as soluções apenas técnicas têm poucas chances de serem exitosas. Dificilmente, sem a pactuação nas esferas políticas será possível pensar na construção de um consenso pautado apenas pelas decisões técnicas no âmbito da ANS.

---

<sup>272</sup> O conflito entre as demandas de consumidores e a manutenção do mercado se expressa nas demandas e na insatisfação perante o órgão regulador, gerando manifestação do ministro José Serra em simpósio organizado pelo CNS e pelo Congresso Nacional em 2001, que funcionou como uma audiência pública, contando com a participação de todos os setores interessados: “a Agência Nacional de Saúde não é uma agência dos consumidores. Ela cuida do conjunto do setor. Ela tem que tornar o conjunto do setor viável, o que significa também defender os direitos dos consumidores. Mas ela tem que cuidar do conjunto. Isso também gera incompreensão quando não se unem em entidades de defesa do consumidor, que vêm nela uma concorrência, ou exigam que ela se comporte como se fosse um Procon de determinado Estado” .

## 6.5 Aspectos substantivos e alguns resultados da regulamentação

Alguns aspectos gerais da legislação regulamentadora das atividades de assistência à saúde privada merecem ser destacados. Em primeiro lugar, consagrou-se a expressão “assistência suplementar”, entendida como “acréscimo à assistência integral e universal prestada pelo sistema Único de Saúde” (Mesquita, 2002). Com isso, fica demarcada a diferença em relação à assistência pública e exclui-se a perspectiva de ações complementares, consagrando-se o caráter dual da assistência à saúde.

Em segundo lugar, foram colocadas sob a abrangência da Lei todas as pessoas jurídicas de direito privado, inclusive entidades de autogestão, que operem planos de assistência à saúde, considerando-se todas como operadoras de planos<sup>273</sup>. Tanto seguradoras quanto hospitais que mantinham planos de saúde próprios foram obrigados a constituir pessoas jurídicas independentes para continuar operando no setor, criando a figura de sociedade seguradora especializada em planos de saúde. Essa foi uma solução para pacificar a disputa judicial quanto à competência para a regulação, a normatização e a fiscalização dos planos privados. Para os planos operados no sistema de autogestão, foram feitas pequenas concessões relativas à comprovação financeira da empresa, respeitando a sua especificidade ao não se constituir em uma operadora comercial, mas uma atividade de uma empresa voltada para outros fins.

Do ponto de vista econômico-financeiro, a legislação estabeleceu as condições de funcionamento e operação das empresas de planos de saúde, referentes, simultaneamente, à capacidade de prestar serviços assistenciais e à viabilidade econômico-financeira. Entre essas condições, as operadoras são obrigadas a registrar reservas e provisões técnicas. Além disso, passam a ser controladas, estando sujeitas a fiscalização, multas, direção fiscal, liquidação extrajudicial etc. A necessidade de demonstrar essas condições passou a exigir visibilidade e transparência das operadoras, que se vêem premidas a mudanças gerenciais e, sobretudo, a desenvolver sistemas de informação.

---

<sup>273</sup> Como Plano Privado de Assistência à Saúde, a legislação define: a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral, ou parcialmente, às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor (inciso I, artigo 1º da última versão da Lei 9.656/98, alterada pela MP 2.177-44).

Da perspectiva assistencial, foram estabelecidas regras rígidas de proteção ao consumidor, como o controle de preços e a proibição de seleção de riscos e de rompimento unilateral dos contratos. A principal inovação foi a proibição da modulação da quantidade de produtos oferecidos por uma operadora de planos de saúde, a partir do estabelecimento do plano de referência obrigatório, pelo qual é vedada a comercialização de planos com coberturas menores. Isso significou a impossibilidade de exclusão de cobertura a qualquer doença e de limitação quantitativa de procedimentos em qualquer tipo de plano de saúde. Outra mudança importante foi a garantia de cobertura de doenças e lesões pré-existentes à contratação dos planos de saúde, uma das formas mais comuns de seleção de riscos utilizada pelas operadoras<sup>274</sup>.

Quanto à relação com o sistema público, a legislação definiu a questão do ressarcimento de despesas no caso de utilização da rede pública por usuários de planos de saúde como forma de desestimular essa prática. Para sua operacionalização, tornou-se obrigatório para as operadoras de planos o fornecimento aos órgãos reguladores do cadastro de beneficiários, de modo a permitir a identificação do uso indevido dos serviços públicos para fins de cobrança. Afóra essa questão, não há mais nenhuma menção ao sistema público ou a sua relação com o sistema privado. Ou seja, a regulação restringiu-se unicamente à assistência supletiva, não se discutindo o sistema de saúde como um todo. A possibilidade de um reordenamento da produção privada de serviços de saúde segundo a lógica da gestão de bens públicos não foi incluída na regulação, não se disciplinando a relação público/privado de uma maneira mais abrangente. A questão da transferência de recursos públicos para o setor privado pela via das deduções fiscais também não foi objeto da regulação, embora tenha repercussões sobre o financiamento global da assistência à saúde.

Ao que parece, o processo regulatório teve, até o momento, maior avanço no plano político-institucional do que no da implementação das regras legais. Vários obstáculos ao cumprimento da legislação são identificados pelo órgão regulador. Entre eles figura a adaptação dos contratos antigos às novas regras. Por pressão das seguradoras e das entidades de defesa do consumidor, diante da ameaça de grande elevação dos preços dos prêmios, a ANS foi levada a suspender a obrigatoriedade de adaptação, de forma que, na prática, mantêm-se as exclusões e a seleção de riscos nos contratos antigos, que constituem ainda cerca de 85% dos planos contratados individualmente. Permanecem

---

<sup>274</sup> A partir da regulamentação, só se torna possível alegar a preexistência após dois anos de contrato, além de que o ônus da prova passa a caber à operadora. No caso de conhecimento pelo usuário da doença ou lesão não é permitida a exclusão de cobertura, mas mantém-se uma carência de dois anos.

também as dificuldades para o ressarcimento ao SUS e para regular os mecanismos tradicionais de transferência de clientes entre os setores público e privado. Apesar de regulamentado e implantado, o ressarcimento apresenta baixa efetividade, em função dos recursos e ações judiciais impetrados pelas operadoras<sup>275</sup>.

As resistências à regulamentação foram muitas, como era de se esperar, tendo em vista o desenvolvimento do setor de forma desregulada. Uma expressão disso foi o desencadeamento de inúmeras disputas judiciais, ressaltando-se entre elas o questionamento sobre a legalidade de regular a atividade seguradora, já vinculada a outro sistema regulatório (CNSP e SUSEP) e sobre a obrigatoriedade de adaptação dos contratos anteriores à legislação regulamentadora. A primeira questão foi solucionada ao se eliminar da legislação qualquer referência a seguradoras, obrigando-as a constituírem outras empresas para atuar como operadoras de planos de saúde; a segunda levou à eliminação da exigência, de forma que a adaptação dos contratos torna-se uma decisão do consumidor. Até o momento, a ANS não foi capaz de construir um consenso capaz de viabilizar a migração dos consumidores para novos contratos adaptados à legislação regulamentadora.

Os pontos mais polêmicos foram aqueles que significaram ampliação de cobertura e, portanto, do custo dos planos. A adaptação às novas regras econômico-financeiras e assistenciais, e também à fiscalização pela ANS força os agentes do mercado a alterações gerenciais e organizacionais, sob pena de não obterem autorização para funcionamento. O controle de preços também impossibilitou o repasse do aumento de custos para o preço dos planos, passando também a exigir maior eficiência das operadoras, além de prover incentivos para ações preventivas como forma de diminuir a sinistralidade. Essas alterações na gestão da assistência têm suscitado um choque de interesses entre operadoras e prestadores de serviço, sobre quem também incidem as medidas que visam diminuir os custos da assistência, uma vez que, na maioria das vezes, elas implicam restrições na liberdade para solicitar e realizar procedimentos médicos.

---

<sup>275</sup> Até junho de 2001, entre os atendimentos hospitalares do SUS a usuários de planos privados o sistema de ressarcimento tinha identificado menos de 1% do total de AIHs. Isso significou a cobrança do valor de R\$ 21,6 milhões, dos quais apenas R\$ 3,4 milhões tinham sido recebidos. O SUS só permite a identificação do usuário no caso de atendimentos hospitalares, de forma que os atendimentos ambulatoriais, entre eles os relativos a procedimentos de alto custo que costumam ser evitados pelos planos privados, não podem ainda ser identificados para fins de ressarcimento, embora isso esteja sendo modificado.

Uma das formas de resistência à regulação foi a tentativa de alguns segmentos de serem considerados exceções às regras, uma vez que a legislação os igualou a todos, considerando-os como operadoras de planos de saúde. Esse foi o caso das Unimed, seguradoras e autogestão. Nesse último caso, de acordo com a ASASPE/MG, a maioria das empresas associada está questionando juridicamente a regulamentação, e apenas uma minoria optou por se enquadrar na totalidade das exigências da legislação.

Sem entrar no mérito dos pressupostos normativos que justificam a criação de agências reguladoras, entretanto, a autonomia da ANS não parece garantir o distanciamento em relação aos interesses privados dos atores submetidos à regulação e menos ainda a obtenção de um resultado de soma positiva em que todos poderiam ganhar. As pressões sofridas pela ANS não são poucas e o episódio de alteração da penúltima Medida Provisória ilustra bem não apenas a pressão, mas também as dificuldades de se obter algum nível de consenso entre os agentes do mercado. A intensa pressão de organismos de defesa do consumidor, aliados às associações de profissionais, à MP N° 2.177-43, diante do que consideraram como favorável à seleção de riscos e à limitação do acesso, levou à sua retirada pelo governo. Os principais motivos de insatisfação foram, por um lado, a possibilidade de flexibilização na definição de preços e produtos, possibilitando a comercialização de planos com cobertura condicionada à disponibilidade regional de serviços e, por outro lado, a autorização para planos organizados em sistema hierarquizado e gerenciado. Nesse último caso, a reação de consumidores e médicos foi contra a utilização de mecanismos que têm sido adotados internacionalmente, particularmente nos Estados Unidos, com vistas a controlar a demanda por serviços de saúde e reduzir custos, vinculados ao que ficou conhecido como atenção médica gerenciada (*managed care*)<sup>276</sup>. Em linhas gerais, a atenção gerenciada afeta a demanda de saúde, introduzindo controles para a escolha e utilização de serviços pelo usuário e para os profissionais médicos, limitando sua autonomia diagnóstica e terapêutica – daí ser um elemento de agregação de interesses entre esses dois atores. Inclui controle do usuário por médicos generalistas; controle dos encaminhamentos a especialistas e clínicas especializadas (o *gate keeping*); controle de terapias seriadas e de longa duração, e de internações; e controle rígido de despesas e

---

<sup>276</sup> Esse sistema é largamente discutido na literatura. Na brasileira, podemos citar, entre outros, Bahia, 1999; Almeida, 1995; Ugá et al., 2002; Costa e Ribeiro, 2001.

incentivo aos profissionais médicos para a redução de despesas por meio de remuneração diferenciada<sup>277</sup>.

Apesar de atender às operadoras de planos de saúde, premidas pelo aumento de custos associados à configuração da demanda na saúde e pressionados mais ainda pela ampliação das coberturas como consequência da regulação, o governo, por intermédio da ANS, teve que recuar. Refletindo a insatisfação dos médicos e sua histórica resistência a qualquer forma de regulação de suas atividades, em agosto de 2002 foi promulgada Resolução do Conselho Federal de Medicina que dispunha sobre questões relacionadas à relação com as operadoras de planos de saúde. A Resolução CFM n° 1.642/2002 é uma tentativa de resguardar a auto-regulação das atividades médicas em todos os aspectos, inclusive remuneração, e reflete o conflito entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço. Entre outras questões, reafirma que as empresas que atuem sob forma de prestação direta ou intermediação de serviços médicos devem respeitar a autonomia profissional dos médicos sem sujeitá-los a qualquer restrição, garantindo-se a irrestrita disponibilidade dos meios de diagnóstico<sup>278</sup>.

Até o momento, pode se dizer que a regulamentação da saúde suplementar tem gerado insatisfação a todos os segmentos, ao invés de uma acomodação dos conflitos. Mais do que um jogo de soma positiva, aparentemente, mais parece um jogo em que todos sentem que perdem. O episódio de repúdio à MP 2.177-43 pelos consumidores e profissionais de saúde ilustrou bem a dificuldade de conciliar os conflitos de interesse ou a possibilidade de “desenvolver o mercado de forma justa”, conforme defendido pelas instâncias governamentais. Se a proposta contida na MP poderia impedir a exclusão do mercado de muitas operadoras, pois possibilitava maior controle dos custos, para os consumidores e profissionais feria sua liberdade de acesso ou de atuação profissional, respectivamente, podendo ainda significar redução da cobertura tão duramente conquistada após a regulamentação do setor<sup>279</sup>. Essa compatibilidade

---

<sup>277</sup> O principal argumento da categoria médica contra o *gate keeping* é que a proposta “barra o atendimento direto e o direito de escolha do profissional que atenderá o cliente” (Regina Parizi, presidente do CFM, em encontro para discutir a questão realizado em Brasília em 27/08/2001 e que reuniu representantes do CFM, AMB, CRM’s e senadores. [www.amb.org.br](http://www.amb.org.br)).

<sup>278</sup> O conflito médicos/operadoras de planos de saúde se estende até para as cooperativas médicas, que têm atuado da mesma forma que as demais operadoras, inclusive com propostas de pagamento diferenciado como forma de estímulo à redução da realização de procedimentos diagnóstico-terapêuticos.

<sup>279</sup> Matéria publicada no Jornal do Brasil em 28/8/2001 sobre declaração do ministro da Saúde expressa a dificuldade de desenvolver o mercado vis-à-vis as demandas de consumidores: “Serra alertou, no entanto, para a situação econômica difícil dos planos de saúde. De acordo com os números no ministério metade das seguradoras não tem condição de continuar no mercado e o governo não vai injetar dinheiro no setor. As pressões que recebemos nesse sentido são enormes. Mas a situação não é tão simples porque o

circunstancial de interesses entre consumidores e profissionais de saúde, os primeiros interessados na maior cobertura e os segundos, na realização de maior número de procedimentos que pudessem significar maiores ganhos para a categoria, os contrapõe aos interesses das operadoras e à regulamentação da ANS<sup>280</sup>.

A atuação das entidades de defesa dos consumidores aponta para algumas ambigüidades. A forte reação à proposta de planos gerenciados ou diferenciados em função das disponibilidades regionais, por um lado, e a rejeição à adaptação dos contratos antigos que são excludentes e não contemplam os ganhos assistenciais da regulamentação, por outro lado, mostram uma racionalidade de caráter imediatista e um comportamento *free rider*. Por não ter incentivos imediatos para aderir aos novos planos – que significam pagamento maior –, o consumidor, por meio de suas entidades representativas, concorda com menor cobertura e disputa na justiça nos casos em que é penalizado pelas restrições dos contratos antigos. Essa atitude enfraquece o impacto da ação regulatória governamental para o conjunto dos planos de saúde e ainda traz para o centro da arena regulatória o Judiciário, na medida em que o tratamento da questão é feito a partir de uma concepção de direitos individuais do consumidor.

Os sistemas de autogestão e o conjunto de planos coletivos ligados a empresas empregadoras, de natureza diferente dos contratos individuais, têm tido problemas para adaptar-se e as empresas têm sido desestimuladas a manterem, ampliarem ou criarem novos sistemas<sup>281</sup>. Nesse caso, é questionável se esse tipo de assistência privada deveria ser alcançado pela regulação. É claro que o processo regulatório foi desencadeado pelas queixas dos consumidores que se sentiam lesados nos seus contratos com operadoras comerciais. Esse tipo de queixa não era usual entre os participantes de planos coletivos empresariais ou ligados a organizações públicas, nos quais a inclusão no plano está associada ao vínculo de trabalho, e não à contratação de um produto no mercado, não se configurando como uma relação de consumo. A lógica da regulação foi no sentido de regular um mercado de compra e venda de serviços de saúde, situação em que parece questionável a inclusão dos planos coletivos, particularmente na modalidade de auto-

---

governo também não pode simplesmente deixar que elas quebrem e joguem os milhares de usuários de volta no Sistema Único de Saúde”.

<sup>280</sup> Essa aliança pode ser considerada circunstancial, na medida em que os consumidores querem também o menor custo. Uma vez que a maior cobertura leva à elevação dos preços dos planos, o que pode favorecer os profissionais que reivindicam também melhor remuneração, o conflito de interesses tende a despontar.

<sup>281</sup> Uma das dificuldades tem sido a obrigatoriedade de fazer o provisionamento dos encargos decorrentes do plano de saúde no balanço da empresa, além de constituir reservas.



gestão, pelo menos na maioria dos aspectos. No caso dos planos coletivos contratados com as operadoras comerciais, a situação é mais matizada, uma vez que os mecanismos de seleção de riscos operavam também nesses casos. A intenção dupla da regulação, ao considerar aspectos econômico-financeiros, apresenta um problema lógico. Ao mesmo tempo em que teve como principal parâmetro o modelo assistencial da autogestão, no aspecto econômico-financeiro preocupou-se em organizar o mercado, criando exigências e regras para as empresas que operassem nesse mercado a partir do modelo do mercado segurador. E fez isso igualando como operadoras todas as pessoas jurídicas que operassem planos de saúde, mesmo quando isso não caracterizasse uma relação comercial e, portanto, de consumo<sup>282</sup>.

Apesar das resistências e controvérsias, os diferentes segmentos estão progressivamente se adaptando à regulação, embora admitam uma certa estagnação no setor e diminuição acentuada da rentabilidade. A ação da ANS tem sido concreta e se expressa via cancelamento do registro de operadoras, liquidação de outras ou instalação de diretorias fiscais. Canais de comunicação com os usuários foram estabelecidos, são utilizados e têm funcionado tanto para diminuir a assimetria de informações entre consumidor e operadora quanto como um instrumento para a tomada de decisão pela ANS. A sustentação das operadoras continua sendo os planos coletivos. Nesses, as adequações relativas à ampliação de cobertura foram muito menores. Além disso, possuem possibilidade de ganho de escala e apresentam sinistralidade muito menor. Por sua vez, os clientes individuais apresentam taxa muito maior de utilização de serviços, grande rotatividade nos planos, além de inadimplência. Contra os planos coletivos empresariais, entretanto, atuam as tendências de redução de pessoal e de salários indiretos, que caracterizam a conjuntura empresarial atualmente. Em consequência, o mercado não tem apresentado a expansão esperada a partir da regulamentação. Uma adaptação do mercado à conjuntura tende a ser o aumento de fusões e incorporações de empresas, para obter ganhos de escala, alterando o perfil do mercado em função da

---

<sup>282</sup> Sobre isso, assim se pronunciou o presidente da ASASPE/MG, Virgílio Carneiro Baião, em entrevista realizada em julho de 2002: “A Lei foi feita para planos comerciais. Todo texto da Lei fala em ‘quem compra, quem comercializa. Fala de uma relação de consumo. Planos de autogestão não têm relação de consumo, mas relação de trabalho. É um salário indireto registrado no Ministério do trabalho como plano de remuneração, às vezes entrando até no acordo sindical. Segmentos completamente diferentes foram tratados da mesma forma. Isso só favorece as seguradoras que não tiveram que fazer adaptações e puderam ser mais competitivas com a equalização dos outros segmentos. A legislação escolheu um modelo segurador e nivelou o resto como se seguradora fosse. Virou um negócio terrível, que prejudica tremendamente a autogestão, mas também a Unimed e a medicina de grupo”.

regulamentação. Apesar da sua insatisfação, as operadoras reconhecem que no momento não existem perspectivas de mudanças no sentido da regulamentação.

## 6.6 Conclusão

O que é possível concluir a partir da análise do processo de regulação da assistência à saúde privada, na perspectiva de compreender o formato atual da assistência a partir de um argumento que fundamenta a explicação nos componentes institucionais formados na sua própria trajetória? Embora algumas análises tenham interpretado a regulação do setor como expressão de um processo de “privatização da saúde”, semelhante ao que corria em outros setores, particularmente naqueles da provisão de serviços públicos, uma análise mais acurada do processo contraria essa interpretação. Ao invés de uma privatização de atividades, que, por suposto, para serem privatizadas deveriam ser estatais, o que se expressa na direção tomada pela política de saúde é a consolidação e oficialização do caráter dual ou híbrido dessa política no Brasil. Tal caráter se expressa na dupla institucionalidade, no duplo *locus* decisório e normativo e, fundamentalmente, na segmentação dos usuários. A própria terminologia adotada para designar a assistência privada, que passa a ser definida formalmente como assistência suplementar, consagra essa dualidade.

A armadilha de explicar a regulação do mercado de saúde por uma pretensa intenção de privatização da saúde é tentadora, na medida em que ela reflete um contexto internacional e nacional de ênfase em reformas do Estado e do aparato governamental no qual são redefinidas tanto a concepção de bens públicos quanto a forma de provisão desses bens. Nesse contexto, a valorização de alternativas de mercado para a provisão de bens públicos torna-se uma característica de muitas reformas, inclusive no âmbito das ações e serviços de saúde. É dentro dessa perspectiva que ganha importância o desenvolvimento de mecanismos para a regulação de atividades antes desenvolvidas pelo Estado e ou consideradas de interesse público, expressando a passagem do Estado intervencionista ou Estado positivo para o Estado regulador. Nesse contexto são desenvolvidos novos arranjos institucionais que visam propiciar o desempenho do novo papel do Estado.

A regulação da assistência à saúde privada se insere nesse contexto e reflete algumas concepções normativas associadas ao movimento de reforma do Estado que

caracterizaram a década de 90 no país. Particularmente, o formato institucional assumido pela regulação a partir da constituição de uma agência reguladora independente é uma expressão nacional de paradigmas desenvolvidos no processo de privatizações de atividades estatais, embora não se limitando a essas e incorporando também outras atividades consideradas de interesse público.

Entretanto, a regulação do mercado de planos privados de saúde não significou a retirada do Estado da provisão de serviços de saúde e tampouco mudança normativa da política nacional de saúde, realizada via SUS. Ao contrário, o processo regulatório se fez de forma independente da política nacional de saúde e sem mesmo negá-la ou redirecioná-la oficialmente. Sem interferir formalmente na política voltada para a assistência pública, a regulação desnudou e formalizou o modelo segmentado e dual que se constituía historicamente na assistência à saúde, em função de escolhas políticas anteriores e, mesmo, de não decisões. Ao assumir implicitamente a segmentação e ao ter como um de seus objetivos a ampliação do mercado de planos de saúde, a política regulatória tornou evidente, entretanto, o caráter meramente formal, do ponto de vista dos fundamentos normativos que norteiam as decisões governamentais, dos princípios do SUS, particularmente a universalidade e a igualdade de acesso. O processo político que engendrou os objetivos da regulação e o modelo regulatório confirmam o sentido da política de assistência pública à saúde, voltada prioritariamente para os segmentos sociais que não têm capacidade de adquirir planos de saúde no mercado ou que estão excluídos dos planos coletivos, em função da maior precariedade de sua inserção no mercado de trabalho. O enfraquecimento da proposta de um sistema público de cobertura universal que já se fazia na prática a partir de mecanismos institucionais consolidados, fica formalizado na nova política regulatória que passa a integrar o conjunto das políticas de saúde. Em suma, a regulação da assistência privada não significou um movimento deliberado de privatização, mas a oficialização do sistema segmentado da assistência à saúde no Brasil.

Mas isso se faz como em um mundo de sombras, omissões e ocultamento, na medida em que a relação entre o sistema público e o privado não é enfrentada, exceto na questão do ressarcimento ao SUS das despesas efetuadas com serviços prestados a usuários de planos privados pelo sistema público. Embora a questão do ressarcimento tenha sido tratada como um mecanismo de aprimoramento da gestão pública e de relação entre o sistema público e privado, ela reafirma o reconhecimento oficial da segmentação de clientela. Na definição da política regulatória não foi considerada a

definição mais ampla da política de saúde com relação à formatação adequada do *mix* privado/público na assistência à saúde ou do papel do sistema privado no sistema de saúde brasileiro. Ou, ainda, a regulação não significou um reordenamento da produção privada segundo a lógica de bens públicos; apenas se regulou um mercado considerado de interesse público, buscando garantir direitos do consumidor, e não o acesso a serviços que fossem assumidos como de responsabilidade pública. E muito menos foi tratada a questão da vinculação com a rede privada prestadora de serviços de saúde, que, em grande parte, é onde há uma interface entre os sistemas público e o privado. Outra questão que não foi objeto da regulamentação foi o financiamento governamental indireto das atividades privadas a partir dos mecanismos de renúncia fiscal. A omissão no tratamento da questão garantiu a sua permanência como uma forma de incentivo à assistência privada. Isso se deu ao mesmo tempo em que se discutia e aprovava também no Congresso Nacional a ampliação de recursos para o SUS pela EC 29. O que é outra maneira através da qual se expressou a fragmentação e a ausência de uma política de saúde global capaz de unificar a regulação e a normatização dos dois sistemas de saúde. A política regulatória estabelecida foi restrita ao segmento privado de operação de planos de saúde.

A partir dessa política, o Ministério da Saúde, enquanto o espaço institucional de formulação e execução da política de saúde, de forma direta ou indireta por intermédio da ANS, passa a ser a instância reguladora de dois sistemas de assistência à saúde não apenas díspares do ponto de vista conceitual e jurídico, mas completamente independentes – pelo menos formalmente – e com coberturas, clientela e qualidade bastante diferenciadas. Um deles, o SUS, fundamentado na concepção do direito à saúde – portanto, de caráter universal e igualitário –, e o segundo, baseado na lógica do mercado em que a participação é desigual, embora formalmente livre, sendo os planos de saúde vistos como produtos a serem registrados e controlados quanto à qualidade e preço, mas também como quantidade variável de produtos a serem consumidos. Na contramão dos princípios constitucionais, não só com respeito a aspectos substantivos da assistência à saúde (como a integralidade e a igualdade), mas inclusive quanto à definição dos fóruns democráticos de decisões no âmbito do setor saúde, a regulamentação dos planos e seguros de saúde referendou a dualidade institucional, ideológica e programática do sistema de saúde brasileiro. Nesse sentido, a política regulatória tem como conseqüências a fragilização do projeto SUS do ponto de vista político-ideológico, além de reforçar as crenças cognitivas a respeito dos dois

sistemas<sup>283</sup>. No âmbito do MS, foram reunidas, enquanto objeto das políticas governamentais, as duas modalidades institucionais por meio das quais se desenvolveu a assistência à saúde, embora reguladas de forma separada e a partir de instrumentos diversos.

Isso significa que ao mesmo tempo em que o Estado assume novas funções de Estado regulador, não abandonou suas funções intervencionistas e continua sendo responsável por um sistema nacional de saúde que oferece cobertura ampla para cerca de 75% da população. A regulação estatal da assistência à saúde convive com a responsabilidade estatal pela assistência, embora para clientela diferentes. As duas faces estatais coexistem em um único ministério, apesar das contradições entre ambas, que se expressam em mecanismos institucionais de decisão completamente díspares. Esses, por sua vez, refletem pressupostos políticos também diversos, não só relativos ao papel do Estado como da gestão pública. Na gestão do SUS a participação de representantes da sociedade e dos gestores das diversas instâncias subnacionais de governo é garantida por meio de diversos arranjos institucionais, que permitem não só maior responsabilização do Poder Público, como também a participação no processo decisório. No caso da assistência suplementar, o arranjo institucional de uma agência reguladora dotada de alto grau de autonomia administrativa, decisória e punitiva não considera as instâncias decisórias e gestoras do SUS. A essa não é submetida a ANS, que, a partir de uma concepção técnica e profissional de responsabilidade, é submetida a mecanismos de responsabilização que seguem, principalmente, a lógica da avaliação de resultados.

Entretanto, a própria regulação da assistência suplementar não demonstra redução do intervencionismo estatal, mas, ao contrário, submete ao controle governamental atividades até então atuando no mercado com mecanismos de auto-regulação. Na medida em que não é posterior à privatização deliberada de atividades antes reguladas pela propriedade pública, a política regulatória, de fato, significou a introdução do controle estatal sobre atividades privadas antes desreguladas. Nesse sentido, a política regulatória para a assistência privada estaria levando ao que Boschi e Lima (2002)

---

<sup>283</sup> Em entrevista, um diretor da ANS declarou existir no âmbito da ANS uma discussão no sentido de se articular o sistema privado à política nacional de saúde, particularmente ao se utilizar a regulação enquanto instrumento de política pública de forma a aumentar a responsabilidade da assistência privada perante a saúde da população atendida, de forma a ter como resultado a melhoria do perfil de saúde da população, por meio, por exemplo, de ações preventivas. Mas como chamam atenção corretamente Bahia e Viana (2002:16): “a ANS difunde conceitos, e acolhe iniciativas que entram em conflito com as diretrizes de universalização, equidade e descentralização do sistema público de saúde”.

sugeriram como sendo o retorno do Estado interventor pela via do Estado regulador, embora a partir de pressupostos normativos que justificam a intervenção para corrigir as falhas do mercado e alcançar maior eficiência.

O resultado é a configuração de um padrão regulatório, no caso da saúde, que combina várias formas de ação reguladora: 1) a propriedade pública, pela manutenção e, até, expansão de uma ampla rede de prestação de serviços diretamente pelo Estado; 2) a atividade regulatória, por órgãos da burocracia do Executivo, no caso da regulação das atividades privadas vinculadas diretamente ao SUS; e 3) por de uma agência reguladora, no caso da assistência supletiva. A difusão do modelo regulador das agências independentes, como ampliação da intervenção governamental, não substituiu, assim, os legados institucionais previamente constituídos.

A regulação tanto significou a constituição de regras, expressas na legislação que regulamentou a assistência médica supletiva, como compreendeu a criação de um mecanismo institucional para monitorar e promover a submissão às regras, que foi a ANS. Essa regulação expressou a concepção corrente a respeito da regulação governamental de atividades econômicas, ou seja: estabelecer regras que viessem assegurar o desempenho por agentes privados de atividades consideradas relevantes de uma forma que atendesse a critérios de sustentabilidade econômica e social. De uma perspectiva econômica-normativa, a regulação teve como justificativa a correção de falhas do mercado, particularmente a assimetria de informações entre os agentes do mercado, a seleção de riscos, a seleção adversa e a provisão inadequada de serviços de saúde. Ao mesmo tempo em que visou estimular o mercado por meio de sua organização e do estabelecimento de condições para a competitividade, inclusive buscando a credibilidade necessária para atrair investimentos estrangeiros mediante o estabelecimento de regras claras, buscou proteger o consumidor dos efeitos da ética utilitarista pela qual se orienta o mercado, que, no caso da assistência tem conseqüências para a própria saúde. Os objetivos visados foram: estimular a competição; fiscalizar a atividade, a partir do estabelecimento de regras e da aplicação de sanções; controlar preços; e fixar parâmetros para a assistência. Para isso tratou-se, de um lado, regular e sanear o mercado, dando tratamento igual aos diversos segmentos que operavam no mercado, desde as seguradoras até os sistemas de autogestão; e, de outro lado, definir o conteúdo dos contratos no sentido de garantir a cobertura mínima aceitável, estruturando a oferta dos serviços, de modo a atender a uma agenda de

objetivos que fora estabelecida no processo político de constituição da política regulatória.

Nesse processo, antigos e novos atores configuraram uma arena bastante conflitiva, que, grosso modo, agregou, de um lado, as operadoras de planos de saúde e, de outro, os consumidores e os prestadores de serviços, sejam profissionais médicos ou organizações hospitalares – o primeiro grupo, movido pelo interesse de custos mais baixos; os segundos, interessados na maior cobertura possível. O debate parlamentar e as pressões no sentido de influenciar o processo decisório expressaram as conseqüências das políticas anteriores sobre o processo político, ao configurarem a arena política na qual se confrontaram os diferentes interesses construídos na trajetória da assistência privada. Os efeitos de *feedback* se expressaram também nas ambigüidades na percepção dos usuários e decisores sobre a política de saúde. A imbricação entre a noção de saúde como direito universal à atenção integral e a aquisição de um produto no mercado no qual se busca garantir esse direito e a defesa do sistema de autogestão, quase sendo considerado como não fazendo parte do sistema privado por integrar contratos de trabalho, são alguns exemplos das conseqüências cognitivas da dualidade do modelo de assistência do país.

Se no processo de formação da agenda e definição da política o Congresso Nacional foi o *locus* do debate político e das decisões, esse passa a ser a agência reguladora, em torno da qual se constitui uma arena que tem como objetivo estabelecer ou a mudar as regras. Na trajetória da regulação a ANS não tem logrado obter um consenso entre os interesses em jogo, de forma que sob a pressão dos atores afetados pela ação reguladora tem ocorrido a redefinição de objetivos. O principal exemplo disso é a resistência dos consumidores em migrarem para novos contratos que observem as novas regras, optando por permanecer vinculados a planos de saúde que se confrontam com suas próprias demandas. Agindo de acordo com seus interesses mais imediatos, obtiveram na justiça o direito de permanecer nos antigos contratos, identificando no Judiciário a possibilidade de obter ganhos quando são objetivamente prejudicados por sua própria decisão.

Esse é um dos exemplos de como a política regulatória trouxe para o centro do processo a instância judiciária, que assume o papel de árbitro das ações reguladoras e dos conflitos entre consumidores e operadoras. Como a regulação parte da concepção mais ampla de direitos de consumidores, muitos conflitos superam a ação da ANS, e passam a ser resolvidos no âmbito do Judiciário. Essa concepção é também um dos

problemas da política regulatória, cuja formulação se deu a partir do segmento de planos e seguros contratados no mercado, embora os planos sejam em sua maioria coletivos, isto é, vinculados ao contrato de trabalho, e portanto não configuram uma relação de consumo. O tratamento homogêneo aos diversos segmentos que não são similares pode levar a efeitos não pretendidos, como a própria estagnação do crescimento dos planos empresariais, que constituem o pilar da assistência supletiva que se visou expandir, demonstrando a inadequação do modelo regulatório.

Mais do que um jogo de soma positiva, os conflitos em torno da ação reguladora parecem expressar uma situação em que todos os atores sentem que perdem ou que recebem poucos incentivos para sua atuação no mercado. Na medida em que todos buscam maximizar seus interesses particulares, não se obteve até agora um arranjo que de fato acomode os diversos interesses. Ao contrário dos pressupostos normativos que sustentam a superioridade de decisões tecnicamente informadas capazes de garantir a eficiência do mercado, a desconsideração dos elementos políticos do processo de tomada de decisão não tem levado a um jogo de soma positiva.

Concluindo, a regulação da assistência suplementar expressa a consolidação de dois movimentos que correm paralelos na década de 90: a implantação do SUS e a formalização do sistema privado, mantendo-se a segmentação e a separação entre os dois. A regulamentação dos planos privados não apenas formaliza a segmentação da assistência, mas sinaliza para um aprofundamento da cisão entre os dois sistemas: o público e o privado. É verdade que a criação da ANS reflete mudanças nas estratégias governamentais de cunho mais geral que concorrem para limitar o papel do estado intervencionista, como a privatização, a liberalização e a desregulação, com a introdução de formas de re-regulação. Entretanto, na transposição desse mecanismo de regulação para o âmbito da saúde tem significado diferente, na medida em que a atuação privada precede a regulamentação governamental, embora possa ser reforçada por ela por várias razões. Em primeiro lugar, ao reconhecer, incentivar e normatizar as atividades privadas que se desenvolviam desde os anos 60; em segundo, por constituir uma arena política que passa a agregar e segregar um conjunto de atores, muitos dos quais se vêem, assim, completamente deslocados da arena da política de saúde mais abrangente – nesse sentido, enfraquecendo o debate político sobre o sistema público. Esse último, por envolver políticas de caráter redistributivo, demandaria coalizões mais amplas e duradouras para sua sustentação política, o que parece ficar cada vez menos



provável, na medida em que parte da ação política se desloca para o conflito pelo poder de normatizar a assistência privada.

Apesar disso, por razões estruturais, expressas principalmente na desigualdade social, e institucionais, na medida em que é efetiva a inserção do SUS na sociedade, o processo de institucionalização do sistema público segue seu caminho. Nada indica que em curto e médio prazos ele deixe de ser a referência principal para a assistência à saúde no país. Seu percurso, entretanto, reflete sempre as marcas da dupla institucionalidade da assistência à saúde no Brasil.

## 7 CONCLUSÕES GERAIS

O ponto de partida empírico deste estudo foi a constatação de que a assistência à saúde no Brasil, numa perspectiva institucional, é constituída por dois segmentos. O primeiro deles é o público-estatal, no qual o acesso é universal, gratuito e igualitário, a partir de uma concepção de direito à saúde consagrado constitucionalmente. O outro é o segmento privado, no qual o acesso se dá a partir do poder de compra ou da inserção privilegiada no mercado de trabalho, caso em que o acesso à assistência é intermediado e financiado, total ou parcialmente, pelo empregador. Ao contrário da assistência pública, a assistência de caráter privado caracteriza-se pela diferenciação a partir das características do produto, que se adquire em um mercado altamente competitivo e diversificado, embora concentrado geograficamente, tanto pelo lado da oferta quanto da demanda.

A análise da trajetória da política de saúde levou à classificação do formato da assistência à saúde brasileiro como um sistema dual. Da perspectiva analítica, afirmar a dualidade implica considerar que não se trata da existência de um *mix* privado/público configurado a partir de regras claras e precisas que definam os espaços respectivos de atuação do mercado e do Estado e as formas de relacionamento entre os dois campos de ação. Ao invés disso, a assistência à saúde no Brasil se configura como uma dupla institucionalidade, e do ponto de vista jurídico-formal não existem vínculos entre as duas modalidades assistenciais, embora atualmente estejam submetidas à regulação procedente da mesma instância governamental, que é o Ministério da Saúde, direta ou indiretamente por intermédio de uma agência reguladora.

Entretanto, essa regulação se faz a partir de instrumentos regulatórios e de mecanismos decisórios distintos da perspectiva dos fundamentos político-normativos que os informam, reafirmando a independência e a diferenciação formal entre a assistência pública e a privada. Isso significa que a política de assistência à saúde atual revela não apenas duas formas distintas de acesso, financiamento e produção de serviços de saúde, mas também de atuação governamental. Nesse campo, o Estado atua tanto sob a forma de intervenção direta, se responsabilizando pelo financiamento total e por grande parte da execução dos serviços de saúde, como pela regulação do mercado privado. Se no primeiro caso a intervenção governamental visa garantir o direito constitucional à saúde, que se traduz principalmente no acesso aos serviços de saúde, no

segundo, o objetivo é desenvolver o mercado, buscando garantir a concorrência e os direitos do consumidor que adquire planos privados de saúde.

Ao se orientar por duas lógicas distintas, e em grande medida até contraditórias, a própria ação governamental reforça a dualidade institucional do sistema de assistência à saúde, sugerindo a inexistência de um objetivo governamental de tornar realidade os dispositivos constitucionais. A ausência de suporte político por parte de grupos sociais relevantes e pelos principais afetados positivamente por uma política de saúde inclusiva demonstra também a inexistência de um consenso societário pela publicização efetiva da assistência à saúde, entendendo-se por isso a incorporação de todos os cidadãos ao Sistema Único de Saúde, legalmente garantida nos princípios constitucionais, mas de fato negada na realidade da assistência tal como ela tem se efetivado no país.

Produzir uma interpretação para essa configuração institucional da assistência e para o processo político subjacente à definição da política de saúde no Brasil foi o objetivo principal deste trabalho. Isso implicou a identificação dos mecanismos causais que produziram essa configuração, o que permite compreender por que a reforma da política no final dos anos 80, que estabeleceu o sistema universal e público, não logrou incorporar todos os cidadãos à assistência pública. Na medida em que o formato institucional é o resultado das políticas de saúde, entendidas como um conjunto de decisões e ações governamentais, e também de não decisões, o que se fez foi construir uma interpretação para a política de saúde atual.

De acordo com o modelo analítico utilizado, essa interpretação considerou como fator explicativo principal as políticas de saúde prévias a partir do conceito de dependência de trajetória, segundo o qual as decisões são limitadas pelas escolhas do passado, de forma que as políticas de saúde definidas particularmente a partir dos anos 60 afetaram a seqüência de escolhas posteriores e, por seus diferentes efeitos institucionais e políticos, condicionaram a política vigente. A partir dessa perspectiva teórica, que leva em conta os processos históricos, a análise desenvolvida da trajetória da política de assistência à saúde tratou de identificar os efeitos de *feedback* das políticas anteriores, considerando a dinâmica entre os processos decisórios e os arranjos institucionais constituídos a partir das escolhas definidas em momentos cruciais de redefinição de políticas, que se tornaram parâmetros segundo os quais as escolhas posteriores foram definidas. Em outros termos, tratei de identificar os mecanismos através dos quais as políticas de saúde definidas anteriormente afetaram o seu desenvolvimento posterior, particularmente ao influenciar o processo político não

apenas por constituir atores e interesses, mas também por condicionar a formação de suas preferências e modelar as interações e o comportamento político dos grupos beneficiados por ela.

Para atender a esses objetivos, a trajetória da assistência à saúde no Brasil foi recortada em função de três momentos cruciais. O primeiro foi o de constituição do modelo segmentado a partir da configuração de um certo padrão público/privado nos anos 60. O segundo foi o de formação e definição da reforma da política de saúde nos anos 80. O terceiro, foi o de implantação da reforma na década de 90, paralelamente aos processos de formação e decisão da política regulatória da assistência privada, então denominada de suplementar, em clara afirmação de sua autonomia em relação à assistência pública.

Sumarizando as principais conclusões apresentadas nos capítulos precedentes, considero que as políticas anteriores levaram à configuração e continuidade do sistema dual de assistência à saúde a partir de vários efeitos, todos interligados. Em primeiro lugar, as decisões governamentais voltadas para a assistência à saúde de caráter público ou para a ampliação de cobertura favoreceram a constituição de determinados padrões de assistência, fornecendo incentivos diretos e indiretos para o desenvolvimento do mercado privado de saúde, tanto no aspecto da prestação de serviços quanto na gestão privada da assistência, paralelamente à ampliação da cobertura pública. Esses incentivos favoreceram o desenvolvimento da assistência médica de caráter empresarial em detrimento da assistência pública, encorajando a expansão de redes de produção e gestão da assistência à saúde. No caso da produção de serviços, a opção governamental pela compra de serviços privados favoreceu a expansão desse mercado, que teve na política previdenciária a garantia da demanda financiada pelo Estado. Por meio da alocação direta de recursos ou de incentivos fiscais, as políticas previdenciárias favoreceram o desenvolvimento de diversos segmentos empresariais e propiciaram o surgimento de instituições como a medicina de grupo, as cooperativas médicas e os sistemas de autogestão vinculados a empresas que administram planos de saúde para seus empregados. Nos anos 80, também favorecida por incentivos fiscais às pessoas físicas, a assistência privada se expandiu para fora das empresas empregadoras por meio dos planos de saúde contratados diretamente pelo usuário com as diferentes operadoras comerciais de planos de saúde. O desenvolvimento dessas modalidades de assistência significou a institucionalização de formas diversificadas de financiamento, provisão e acesso à assistência, configurando o padrão segmentado da assistência no Brasil. Os

investimentos privados no setor e a atuação dos diversos agentes do mercado – prestadores de serviços, operadoras de planos de saúde, empresas empregadoras e usuários da assistência privada –, favorecidos por decisões governamentais que encorajaram determinadas ações, levaram ao estabelecimento de padrões de comportamento, difíceis de reverter.

Em segundo lugar, e em decorrência do efeito anterior, as políticas de saúde, ao modelarem diferentes identidades e clivagens sociais, contribuíram para a estruturação dos interesses privados na saúde e, nessa medida, condicionaram o conflito político e estruturaram o processo de tomada de decisões ao configurarem a arena da saúde e as disputas por alternativas de políticas. Os segmentos empresariais da saúde constituíram organizações de interesses e conseguiram concentrar recursos políticos que lhes permitiram obter significativa influência nos processos decisórios subsequentes, particularmente na definição de reforma sanitária nos anos 80 e da política regulatória da assistência supletiva na década seguinte, ocasiões em que esses atores vão defender os arranjos preestabelecidos.

Os efeitos de *feedback* sobre o processo político não se limitam ao papel dos representantes dos interesses empresariais, mas se expressam também no comportamento dos beneficiados pela trajetória específica da política de saúde na condição de usuários. Na sua origem, por se vincular à Previdência Social, a assistência à saúde de caráter público reproduziu as diferenciações registradas entre as diferentes instituições previdenciárias, sendo uma expressão da cidadania regulada que caracterizou a constituição dos direitos sociais no Brasil. A unificação dessas instituições na década de 60, com a conseqüente equalização dos benefícios e serviços, foi acompanhada da recriação de novas formas de segmentação, desta vez a partir da inserção de categorias privilegiadas de trabalhadores em formas privadas de assistência a partir das decisões governamentais voltadas para a ampliação da cobertura sob a forma de convênios da Previdência Social com empresas. Essas duas formas de segmentação de clientela, com a correspondente armação institucional para garantir a cobertura de segmentos de trabalhadores, não favoreceram a constituição de uma identidade coletiva e de valores solidaristas entre o público alvo da política, capaz de articular uma demanda universalista. Ao contrário, propiciou a particularização das demandas de saúde e a constituição de identidades corporativas.

De forma indireta, esse modelo vai ter conseqüências para a implantação da reforma da política nos anos 90, de sentido universalista e publicista, que não vai contar

com o apoio efetivo, embora o tenha formalmente, dos setores mais mobilizados dos trabalhadores. Por estarem incluídos previamente em formas privadas de atenção à saúde vinculadas ao contrato de trabalho, esses segmentos, na prática, deram sustentação à assistência privada e constituíram um veto implícito à universalização da assistência pública. A falta de identificação dos trabalhadores organizados com uma assistência pública e igualitária e a falta de incentivos para apoiar uma reforma que, pelo menos em curto prazo, tenderia a lhes trazer perdas objetivas, mesmo que de forma passiva, contribuiu para o enfraquecimento da proposta da reforma sanitária, de caráter publicista e universalista, e para o fortalecimento da segmentação de clientela, reforçando a perspectiva de que ao SUS cabe a cobertura da população mais pobre e em condições desfavoráveis de inserção no mercado de trabalho. Ao se constituir inicialmente de forma segmentada, o formato institucional da assistência não favoreceu a consolidação de uma proposta de cidadania inclusiva e igualitária, da forma idealizada nos princípios da reforma consagrada constitucionalmente, a qual não foi o resultado de uma demanda coletiva dos usuários.

A convivência com duas modalidades de assistência, associada às efetivas barreiras ao acesso à assistência pública que tem se traduzido em filas e esperas para atendimentos, teve efeitos cognitivos sobre a população usuária, tendo sido construídas ao longo de sua trajetória imagens negativas sobre a assistência pública. Mesmo que, muitas vezes, essas imagens não tenham se estabelecido a partir de experiências concretas, mas da interpretação de experiências alheias e da grande publicidade em torno de um suposto “caos da saúde”, elas funcionam como critérios para julgamento prévio da eficácia do sistema público e como justificativas *pos-factum* da preferência pela assistência privada, tendendo-se a uma naturalização das escolhas do passado. A inserção em um modelo segmentado provê modelos de interpretação da assistência ou *scripts* cognitivos, os quais informam as ações dos usuários. É, assim, logicamente plausível supor que as imagens negativas sobre o SUS, que têm como contraface a preferência pela assistência privada, traduzam-se na falta de suporte político à assistência pública. Isso, de fato, tem ocorrido, embora para a efetivação dos princípios universalistas e igualitários do SUS seria necessária a constituição de coalizões mais amplas para sua sustentação, por se tratar de uma proposta de grande conteúdo redistributivo.

As políticas prévias tiveram também efeitos sobre a capacidade governamental de implementar a reforma definida nos anos 80 por razões associadas à própria natureza

da assistência à saúde, que demanda a disponibilidade de uma rede diversificada de serviços de saúde. Para permitir, efetivamente, o acesso universal, seria imprescindível ao SUS dispor de uma rede de atendimento ampla, própria ou regulada estatalmente de forma a garantir a prestação dos serviços pela rede privada. O veto à expansão da rede pública de prestação de serviços ao longo da trajetória da política de saúde, associado à opção pela compra de serviços privados, levou a uma dependência da rede privada para a garantia da assistência pública. Como essa opção não foi acompanhada do desenvolvimento da capacidade reguladora do governo, fortemente penetrado pelos interesses dos prestadores privados através dos anéis burocráticos, a consequência foi a submissão da lógica da atuação pública à lógica dos interesses privados. Esse legado político e estrutural das políticas coloca hoje limites para a ampliação do atendimento e para a eliminação das barreiras ao acesso em uma situação em que a conjuntura econômica e ideológica não coloca na agenda a ampliação da rede pública. Independente disso, a prática de compra de serviços tende a ser readotada, sendo considerada a resposta natural, de forma que a ampliação da rede pública sequer tem entrado no debate público. Embora a natureza privada dos estabelecimentos de saúde não impeça por si só a publicização da rede ou serviços contratados, a configuração institucional híbrida do sistema de saúde brasileiro coloca constrangimentos, de fato, para que se consiga fazer prevalecer o interesse público sobre o privado.

Em consequência dos efeitos do legado das políticas prévias, a reforma sanitária definida na Constituição de 1988 foi um processo de inovação limitada, caracterizado tanto por uma ruptura em termos jurídico-formais do padrão de cidadania regulada e segmentada como por elementos de continuidade, que se traduzem na convivência entre formas públicas e privadas de assistência, apesar da universalização formal da atenção pública. Essa duplicidade se expressa no próprio texto constitucional, se concretiza pelo aprofundamento das características do modelo híbrido da assistência e se consolida com a regulação da assistência privada no final dos anos 90.

A reforma da política de saúde foi, assim, o resultado de uma confluência de fatores endógenos e exógenos à própria política. De um lado, a inovação foi possibilitada pela conjuntura política mais ampla de democratização e pela configuração interna de uma crise setorial; de outro, o legado das políticas prévias levou à convivência da inovação com a continuidade. O contexto político permitiu que novos atores, portadores de uma proposta inovadora, fossem incorporados à arena setorial e conseguissem alterar a agenda e articular apoio para a aprovação da reforma. Para isso,

souberam tirar proveito de uma situação de crise setorial que, como toda crise, favorecia a emergência de soluções alternativas para a reformulação da política, e construíram a proposta de reforma durante mais de uma década mediante o desenvolvimento do seu referencial teórico, da divulgação de idéias e da articulação de apoiadores, pela constituição de uma comunidade epistêmica. No processo de construção da proposta de reforma, as idéias inovadoras foram, contudo, filtradas pelas instituições e práticas de saúde já consolidadas, sofrendo alterações sucessivas para acomodar as instituições vigentes e os interesses consolidados, de modo a influenciar a configuração da agenda reformista.

O processo de formação e de decisão da reforma refletiu também os efeitos das políticas anteriores sobre o processo político ao tornar evidentes as divergências prescritivas entre os diferentes atores. A definição da reforma da política conviveu com a manutenção dos arranjos previamente estabelecidos, demonstrando a influência dos interesses consolidados ao longo da trajetória da assistência. No momento da implementação da reforma, essas contradições se explicitaram, deixando evidente que a mudança institucional não caracterizara uma conjuntura crítica, no sentido de ter definido uma mudança de rota para a assistência á saúde. Além de não ser descontínua, a mudança institucionalizou a dupla trajetória, não apenas por meio de dispositivos do texto constitucional, como por meio daquilo que ele não explicitou, particularmente ao não regular a assistência privada e nem definir o espaço de sua atuação em relação ao segmento público. Em termos legais, a escolha resultante do embate entre alternativas distintas, que expressavam as preferências de dois conjuntos de atores, contemplou os dois ideários que se confrontaram durante o processo constituinte.

Essa explicação do caráter híbrido da reforma tem como suposto que as políticas de saúde funcionaram como variáveis dependentes, sendo portanto conseqüências da ação política, mas também como variáveis independentes ao explicarem o desenvolvimento político e as políticas posteriores em função de seus efeitos institucionais. É esse duplo caráter que explica o formato híbrido da política de saúde definida por ocasião da reforma, conseqüência da sua própria trajetória, mas também trazendo elementos de inovação a partir de uma ação política organizada com vistas a um redesenho institucional.

Ao longo da trajetória da política de saúde, não apenas a ausência de expansão da rede pública de serviços de saúde e a baixa regulação dos prestadores privados vão desembocar em dificuldades concretas para a implementação do SUS na década de 90.



Expressando o poder de veto dos interesses privados e do próprio governo, outras não-decisões vão ter efeitos similares, como a indefinição das fontes de custeio do SUS de forma a garantir recursos financeiros proporcionais à gradativa ampliação da cobertura pública e a ausência de regulação da assistência privada dos anos 60 até o final da década de 90. A instabilidade na alocação de recursos desde a reforma tem sugerido uma estratégia governamental de inviabilização sistêmica do sistema público, entendida como a utilização de mecanismos indiretos, ao invés de propostas explícitas de redução programática dos objetivos do SUS.

Evidências desse argumento podem ser encontradas na análise do financiamento do SUS, caso em que a prática concreta tem negado constantemente os objetivos da reforma, culminando com a aprovação da Emenda Constitucional 29. Embora tenha como objetivo formal garantir fontes estáveis de financiamento, ao que tudo indica a EC 29 é mais uma forma legal, embora implícita, de reduzir ou, no mínimo, congelar os recursos federais destinados ao financiamento das ações e serviços de saúde, forçando a ampliação dos recursos alocados pelas instâncias subnacionais de governo em contexto de grave crise de financiamento das Unidades Federadas. O financiamento inadequado seria mais uma manifestação da inexistência de um consenso governamental no sentido de concretizar os princípios do SUS em sua completa acepção, sendo uma de suas expressões o conflito intraburocrático em torno da interpretação da base de cálculo das transferências federais, que tem se traduzido em prejuízos para o financiamento do setor.

A implantação do sistema de saúde de caráter universal coincide com a crise econômica e com o movimento de reforma do Estado. Esses processos trouxeram no seu bojo a difusão de propostas de redução da atuação do Estado, o questionamento de políticas de cunho universalista e a defesa da provisão privada de serviços sociais para aquelas categorias com capacidade de adquiri-los no mercado, com a correlata focalização dos gastos públicos nos segmentos mais pobres. É plausível supor que esse contexto político, econômico e ideológico colocou novos problemas para a implementação da reforma sanitária e fragilizou o próprio ideário do SUS que confrontava com a nova agenda que se delineava para as políticas sociais, entre elas as de saúde. Além disso, o processamento da agenda reformista foi dificultado em função das restrições à ampliação do gasto público em contexto de estabilização econômica. Entretanto, esses fatores econômicos e ideológicos, que são convergentes para o

conjunto dos países latino-americanos, não são suficientes para explicar os processos de privatização na saúde, que assumiram feições diferentes e intensidades variadas.

No caso brasileiro, a expansão da assistência privada em detrimento da assistência pública não traduz um padrão de convergência na natureza e no conteúdo da reformas. Ao contrário, ela encontra explicação em fatores internos relacionados com a própria trajetória da política de saúde, na qual o *timing* da privatização foi muito anterior ao movimento de reforma do Estado. O crescimento do setor privado no Brasil, entendido tanto como a prestação de serviços por unidades privadas como pela existência de formas privadas de financiamento, gestão e acesso a serviços de saúde, foi aqui bem anterior ao movimento de valorização do mercado, fruto das reformas econômicas dos anos 90, não podendo ser visto como uma resposta às mudanças na conjuntura nacional e internacional.

Mais do que isso, a reforma de cunho publicista e universal foi possível em um contexto de mudança política mais ampla, quando se abriu uma *janela* política que permitiu a reforma da política de saúde em uma situação favorável a rupturas institucionais. No momento de implantação, contudo, fecha-se essa janela, e esse processo se dá simultaneamente à conformação de uma nova agenda, em situação de reconfiguração do Estado. A confluência desses processos vai definir os contornos da assistência no país, aprofundando as tendências históricas. Assim, a conjuntura dos anos 90 corroe o ideário da reforma antes mesmo que ele tivesse sido capaz de alterar a forma de atuação governamental e a concepção pública de assistência construída historicamente.

Entretanto, apesar das restrições, o SUS se institucionalizou, na medida em que ocorreu de fato uma reorganização da assistência pública no país, inclusive com o reconhecimento público do direito à saúde. No processo de institucionalização, outros atores se constituíram e passaram a disputar espaço na arena decisória, particularmente os gestores municipais e estaduais, fortalecidos em função do processo de descentralização, e os conselhos de saúde formados nos três níveis de governo como exigência da legislação. A mobilização em torno da viabilização financeira da assistência pública durante a década de 90 apontou para a visibilidade e a importância política que ela assumira, bem como para a rede de instituições e atores constituída em torno do SUS, cujos interesses são diretamente afetados pela política de saúde, como os prestadores privados e profissionais de saúde, uma vez que a principal porta de entrada para a assistência é o sistema público. Apesar de não cobrir toda a população, o SUS é

responsável pela grande maioria dos serviços de saúde prestados no país e pela cobertura total de cerca de 75% da população, além de atender o restante da população para determinados procedimentos – casos em que se caracteriza a situação de dupla cobertura dos cidadãos privilegiados, que contam com a cobertura privada sem deixar de fazer jus ao atendimento público de caráter universal. A institucionalização do SUS se expressa também na tendência à ampliação da rede prestadora, embora apenas no caso dos estabelecimentos voltados para atendimentos básicos, expressão da ampliação significativa do acesso à atenção primária. Além disso, mesmo que em um nível formal, a concepção de saúde como direito universal já foi incorporada, embora não se traduza em preferências e demandas dos cidadãos por uma assistência pública.

A dupla trajetória da assistência à saúde no Brasil no período de quatro décadas se consolida no final da década de 90 com o estabelecimento da política regulatória voltada para o segmento privado. Essa regulação formalizou essa dualidade do ponto de vista legal, normativo e institucional, na medida em que os segmentos público e privado passaram a ser objeto da política de saúde de forma explícita e de modo a confirmar a independência entre as duas modalidades institucionais, a oposição entre os princípios norteadores de cada uma das formas de assistência, e a segmentação dos usuários. A adoção do instrumento de regulação na forma de uma agência reguladora apontou a influência dos modelos prescritivos vinculados às novas formas de intervenção do Estado na economia que têm acompanhado o movimento internacional de privatização. Diferentemente, no caso da saúde no Brasil a regulação evidencia a ampliação da intervenção estatal em um mercado antes auto-regulado, com vistas a evitar as “falhas de mercado”, além de não substituir as formas tradicionais de intervenção direta. Ao contrário, o processo regulatório coincide com o aprofundamento da intervenção estatal no setor, sob a forma de financiamento, gestão e produção de serviços, que caracteriza o processo de implantação da reforma da política de saúde, baseada nos princípios da universalização e da responsabilidade governamental pela garantia do direito à saúde. As duas formas de intervenção são ainda vinculadas a mecanismos institucionais de tomada de decisão contraditórios que expressam pressupostos políticos diversos relativos à participação da sociedade nos processos decisórios e à responsabilização do Poder Público por meio de mecanismos de controle verticais.

Duas lógicas seguem operando na política de saúde que se expressam em uma forma contraditória de expansão da assistência. De um lado, uma lógica publicista, traduzida nos esforços de viabilizar o SUS, mesmo que voltado principalmente para os

segmentos de menor poder aquisitivo, em um processo que, de certa forma, tornou-se irreversível. De outro lado, a lógica privatista, que tem como efeito a regulação do mercado, como forma de torná-lo mais eficiente, o que significa a ampliação da oferta e do consumo de planos e seguros de saúde.

O encadeamento de processos e ações de diferentes atores ao longo de quatro décadas levou à constituição de uma determinada configuração público/privado na assistência à saúde cuja característica mais marcante é o seu caráter segmentado. A consolidação da dupla trajetória da assistência se expressa nos dispositivos legais, na configuração da rede prestadora, no perfil dos usuários e nos instrumentos regulatórios.

De forma prospectiva, é possível especular sobre os desdobramentos da política de saúde brasileira a partir dos componentes analíticos da interpretação que fizemos da sua trajetória. Na medida em que os efeitos de *feedback* das políticas prévias consolidaram um determinado padrão de assistência, na ausência de fatores que provoquem desequilíbrios nos arranjos moldados até agora, é pouco provável que a configuração institucional da assistência venha sofrer alterações relevantes. As possibilidades de reformulação institucional dependem de alterações no contexto mais amplo, político ou econômico, ou de crises internas que possam ser utilizadas como oportunidade por atores portadores de propostas alternativas. Embora do ponto de vista da racionalidade técnica seja possível pensar em outra configuração público/privado diferente da que prevalece no modelo brasileiro, não há indícios de propostas articuladas de um novo desenho para a política de assistência. Ou seja, a questão não está na agenda.

A dinâmica interna da própria política de saúde aponta para várias contradições e estrangulamentos, muitos deles decorrentes da sua própria natureza dual, que produz inúmeras ineficiências. Essa situação tende a produzir crises que, dependendo da forma como forem utilizadas pelos atores políticos, poderão abrir novas janelas políticas e levar a rupturas, mesmo que limitadas pelas políticas prévias. Se o modelo analítico admite a possibilidade de mudança, entretanto, o sentido dela é imprevisível. Porque se desenvolve uma dupla trajetória, é possível pensar em desdobramentos duplos ou diferentes alternativas na evolução da assistência, dependendo de que segmento vai encontrar condições mais favoráveis de desenvolvimento, uma vez que escolhas diferentes são sempre possíveis.

Entretanto, alguns indícios relativos ao comportamento do mercado permitem sugerir alguns desdobramentos possíveis. Em primeiro lugar, a regulação da assistência

supletiva não tem levado à expansão do mercado, que se encontra em fase de quase estagnação ou, mesmo, de saturação. Em segundo, as agências reguladoras não têm conseguido corrigir as falhas do mercado, e o conflito relativo às regras não tem logrado construir um consenso. Por sua vez, o SUS avança no processo de institucionalização e tem se materializado em formatos institucionais que também vão fornecer a moldura em que se farão novas escolhas, decisões e políticas futuras a partir da constituição de interesses e atores. É possível especular que esses possam vir a dar maior sustentação política ao SUS em um quadro de restrições econômicas concretas para a expansão do segmento privado. Ou seja, da mesma forma que o modelo de política adotada no passado produziu instituições, legislação e interesses de forma a limitar as escolhas posteriores, também a dinâmica futura da política de saúde poderá ser afetada pelos efeitos institucionais da consolidação do SUS caso o segmento privado não encontre novas alternativas de expansão. Mas, na falta de fatores contingenciais que provoquem desequilíbrios e favoreçam inovações, e na inexistência de uma proposta inovadora articulada politicamente, a tendência será da inércia institucional.

## 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E FONTES

### 8.1 Referências bibliográficas

- ABRAMGE, 2002. Disponível em: < [www.abramge.com.br](http://www.abramge.com.br) >. Acesso em 2002.
- AbrES - Associação Brasileira de Economia da Saúde. *Anais do 1º Encontro Nacional de Economia da Saúde*. São Paulo, 1994.
- ABRUCIO, Fernando Luiz. “O impacto do modelo gerencial na administração pública. Um breve estudo sobre a experiência internacional recente”. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública, *Cadernos ENAP*, nº 10, 1997.
- ABRUCIO, Fernando Luiz e COSTA, Valeriano Mendes Ferreira. Reforma do Estado e o contexto federativo brasileiro. Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung. *Pesquisa*, nº 12, Ano 1999.
- ADAY, Lu-Ann e ANDERSEN, Ronald M. Equity of access to medical care: a conceptual and empirical overview. *Medical care*, Vol. 19, Nº 12 (Suplement), 1981.
- AGÊNCIA NACIONAL de Saúde Suplementar (ANS). *Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Ministério da Saúde/Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2002.
- AGUIAR, Nildo. Modalidades assistenciais do INAMPS. *Revista de Administração Pública – RAP*, Rio de Janeiro, 13 (4): 117-135, out./dez. 1979.
- ALMEIDA, Arlindo. Interface e articulação entre o Público e o Privado no Sistema de Saúde Brasileiro. Simpósio – Regulamentação dos Planos de Saúde. Senado Federal, 28 de agosto de 2001. Disponível em: < [www.abramge.com.br](http://www.abramge.com.br) >. Acesso em 2002.
- ALMEIDA, Célia Maria de. *As reformas sanitárias dos anos 80: crise ou transição?* 1995. Tese (Doutorado). Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- \_\_\_\_\_. “Crise econômica, crise do *Welfare State* e reforma sanitária”. In: GERSCHMAN, S. & VIANNA, M.L. WERNECK (orgs.). *A miragem da pós-modernidade – Democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

- \_\_\_\_\_. O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. *Texto para discussão* N° 599. IPEA. Brasília, novembro de 1998.
- ALMEIDA, M.H.T. Tendências recentes da negociação coletiva no Brasil (primeiras idéias para discussão). Rio de Janeiro: Instituto Latino Americano de Desenvolvimento Econômico e Social, 1980.
- ARAÚJO, Helena Caetano e PIRES, José Cláudio Linhares. “Regulação e arbitragem nos setores de serviços públicos no Brasil: problemas e possibilidades”. *Revista de Administração Pública (RAP)*. Rio de Janeiro, 34 (5), Set./Out. 2000.
- ARRETCHE, Marta T.S. Emergência e Desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas. *BIB*, n° 39, 1995.
- ARTHUR, W. Brian. “Competing technologies, increasing returns, and lock-in by historical events”. *Economic Journal* 99, March 1989, *apud* Pierson, 1993.
- AZEVEDO, Sérgio de. Reforma do Estado e mudanças institucional: variáveis exógenas e endógenas. Seminário Internacional “A reforma da administração pública no Brasil: possibilidades e obstáculos”. Fundação Joaquim Nabuco e Escola de Governo do Estado de Pernambuco. Recife, 20 e 21 de agosto de 1998.
- AZEVEDO, Sérgio de, e MELO, Marcos André. “A política da reforma tributária: federalismo e mudança constitucional”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais (RBCS)*. Vol.12. n° 35, outubro/1997.
- BACHA, E. L., MATTA, M. e MONDANESI, R.L. *Encargos trabalhistas e absorção de mão de obra*. Rio de Janeiro: IPEA, 1972.
- BACHRACH, Peter e BARATZ, Morton S. “Two faces of power”. *The American political science review*. Volume LVI, 1962.
- BAHIA, Ligia. *Oferta e produção de serviços de saúde no Brasil na década de 80: um estudo exploratório*. 1991. Dissertação (Mestrado). Escola nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ. Rio de Janeiro.
- \_\_\_\_\_. *Planos e Seguros Saúde: Padrões e Mudanças das Relações entre o Público e o Privado no Brasil*. 1999. Tese (Doutorado). Escola nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ. Rio de Janeiro.

- BAHIA, Lígia & VIANA, Ana Luiza. “Introdução”. In: *Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar/ Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2002..
- BALDWIN, Robert, SCOTT, Colin e HOOD, Christopher. *A reader on regulation*. New York: Oxford University Press, 1998.
- BARROCA de ANDRÉA, João Luis. “Prefácio”. In: *Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar/ Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2002.
- BASTOS, Murilo Vilela. “Saúde e previdência social no Brasil: o impacto da previdência social na organização dos serviços médicos”. *RAP- Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, 13(4):95-116, ou./dez. 1979.
- BECKER, Gary. “A theory of Competition among Pressure Groups for Political Influence”. *Quarterly Journal of Economics*, n° 98, pp. 371-400, *apud* MELO, Marcos André. Política regulatória: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)*. Rio de Janeiro, n° 50, 2° semestre de 2000, pp.7-43.
- BERGER, S. (Ed.). *Organizing interests in Europe: pluralism, corporativism, and the transformation of politics*. Cambridge: Cambridge University Press, 1981.
- BOSCHI, Renato. “Governança, Participação e Eficiência das Políticas Públicas: exame de experiências municipais no Brasil”. In: MELO, Marcus André (org.), *Reforma do Estado e mudança institucional no Brasil*. Recife: Fundação Joaquim Nabuco/Escola de Governo e Políticas Públicas, editora Massangana, 1999.
- BOSCHI, Renato, R. e LIMA, Maria Regina Soares. “O executivo e a construção do Estado no Brasil – do desmonte da era Vargas ao novo intervencionismo regulatório”. In: VIANNA, Luiz Werneck. *A democracia e os três poderes no Brasil*. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Editora UFMG/IUPERJ/FAPERJ, 2002.
- BRAGA, José Carlos de Souza e PAULA, Sergio Góes de. *Saúde e Previdência - Estudos de política social*. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1981.
- BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. *Reforma Administrativa do Sistema de Saúde. Cadernos MARE da Reforma de Estado*. MARE – Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Brasília, caderno 13, 1998a.



- \_\_\_\_\_. A Reforma da Saúde. *Cadernos MARE da Reforma de Estado*. MARE – Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Brasília, caderno 13, 1998b.
- \_\_\_\_\_. *A reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle*. Brasília: Ministério da Administração Federal e reforma do Estado, 1997.
- \_\_\_\_\_. *Crise econômica e reforma do Estado no Brasil*. São Paulo: Editora 34, 1996a.
- \_\_\_\_\_. “Da administração pública burocrática à gerencial”. *Revista do Serviço Público*. Vol.120. N° 1, 1996b.
- BUSS, Paulo Marchiori e LABRA, Maria Eliana (org.). *Sistemas de Saúde – continuidades e mudanças*. São Paulo-Rio de Janeiro: Editora Hucitec e Editora FIOCRUZ, 1995.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS, Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira, Núcleo de Saúde. *Estudo N° 02, de 2000 – NS*. Recursos mínimos para a Saúde em 2000 e 2001.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS/Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira/Núcleo da Saúde. Estudo n° 84. Brasília: Câmara dos Deputados, 2000.
- CAMPOS, G.W.S. A Reforma sanitária necessária. In: BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S. F. & CAMPOS, G.W.S. *Reforma Sanitária Itália e Brasil*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1988.
- CARDOSO, Fernando Henrique. *O Modelo Político Brasileiro*. São Paulo – Rio de Janeiro: Difel, 1979.
- CARNEIRO, Virgílio Baião. *Gênese da Assistência Supletiva de Saúde no Brasil*. 2001. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina/UFMG. Belo Horizonte.
- CARVALHO, Gilson C. M. Depoimento publicado em: GOULART, F.A. de A. *Municipalização: veredas – caminhos do Movimento Municipalista de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: ABRASCO/CONASEMS, 1996.
- CIEFAS – Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde. *A história da autogestão no Brasil*. São Paulo: Ciefas, 2000.
- CHECCIA, C. M. A assistência média como um benefício nas empresas: um estudo em organizações de grande porte da cidade de São Paulo. 1996. Dissertação (Mestrado). FGV/EASP, São Paulo.
- COHN, Amélia. “Caminhos da reforma sanitária”. *Lua Nova*, novembro de 1989, n°19.

- \_\_\_\_\_. *Previdência social e processo político no Brasil*. São Paulo: Editora Moderna Ltda, 1981.
- \_\_\_\_\_. “A saúde na previdência social: antigos estigmas e novos desafios”. In: COHN, Amélia e ELIAS, Paulo E. *Saúde no Brasil – Políticas e Organização de serviços*. São Paulo: Cortez Editora, 1996.
- COLLIER, D. e COLLIER, R. *Shaping the political arena*. Princeton: Princeton University Press, 1991.
- CORDEIRO, H.A. *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- CORDEIRO, Hésio de Albuquerque. “Sistemas de saúde: o Estado e a democratização da saúde”. *RAP - Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, 13(4):39-62, out./dez. 1979.
- COSTA, Nilson do Rosário. “Políticas Públicas, direitos e interesses: reforma sanitária e organização sindical no Brasil”. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (org.). *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- \_\_\_\_\_. *Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação: saúde e saneamento na agenda social*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- COSTA, Nilson do Rosário e RIBEIRO, José Mendes. “A política regulatória e o setor saúde: nota sobre o caso brasileiro”. In: MINISTÉRIO da Saúde, CONSELHO Nacional de Saúde. Simpósio – Regulamentação dos Planos de Saúde, 28 e 29 de agosto de 2001: textos de referência. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- DAIN, Sulamis, QUADROS, Waldemir Luiz e CAVALCANTI, Carlos Eduardo G. “Renúncia fiscal e assistência suplementar”. In: *Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar/ Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2002.
- DÂMASO, Romualdo. “Saber e práxis na reforma sanitária – avaliação da prática científica no movimento sanitário”. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury. *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez Editora, 1989.
- DINIZ, Eli. *Crise, reforma do estado e governabilidade: Brasil, 1985-95*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1997.
- DINIZ, Eli. Governabilidade, democracia e reforma do Estado: os desafios da construção de uma nova ordem no Brasil dos anos 90. *Dados*, 38 (3), 1995a.
- \_\_\_\_\_. “Crise, governabilidade e reforma do Estado: em busca de um novo paradigma”. In: GERSCHMAN, S. & VIANNA, M.L. WERNECK (orgs.). A

- miragem da pós-modernidade – *Democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995b. 1997 mudar no texto
- \_\_\_\_\_. “Globalização, reforma do Estado e teoria democrática contemporânea”. *São Paulo em perspectiva*. Vol. 15, N° 4/Out-Dez/2001.
- DONNANGELO, Maria C.F. *Medicina e sociedade* (o médico e seu mercado de trabalho). São Paulo: Pioneira, 1975.
- DONER, Richard e SCHNEIDER, Bem R. “The new Economic Institutionalism, Business Associations and Development”. *Working Paper*, International Institute for Labour Studies, Genebra, 1999, *apud* MELO, Marcos André. Política regulatória: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)*. Rio de Janeiro, n° 50, 2/ semestre de 2000, pp.7-43.
- DRAIBE, Sônia Miriam. “Repensando a política social: dos anos 80 ao início dos 90”. In: SOLA, L. e PAULANI, L.M. (org.). *Lições da década de 80*. São Paulo: Edusp, UNRISD, 1995.
- EIBENSCHUTZ, Catalina. “Apresentação”. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (org.). *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na Saúde – origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.
- ESPING-ANDERSEN, G. *The Three Worlds of Welfare State Capitalism*. New Jersey: Princeton University Press, 1990.
- EVANS, Peter B., RUESCHEMEYER, Dietrich e SKOCPOL, Theda (editores). *Bringing the state back in*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.
- FAVERET, Paulo Filho e OLIVEIRA, Pedro Jorge de. “A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do Sistema de saúde”. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, vol. 33, no 2, 1990, pp. 257 a 283.
- FARIA, Carlos Aurélio Pimenta. Uma genealogia das teorias e modelos do Estado de Bem-Estar Social. *BIB –Revista Brasileira de Informação Bibliografia em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, n° 46, 2° semestre de 1998.
- FARIAS, Pedro César Lima e RIBEIRO, Sheila Maria Reis. “Regulação e os novos modelos de gestão no Brasil”. *Revista do Serviço Público*. Ano 53, Número 3, Jul-Set 2002.

- FESSEL, E. “Assistência hospitalar própria e contratada do Instituto Nacional de Previdência Social”. *Revista Paulista de Hospitais*. Ano XXV, vol. XXV, nº 1, janeiro de 1977.
- FIGUEIREDO, Argelina Cheibub e LIMONGI, Fernando. *Executivo e Legislativo na nova ordem constitucional*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.
- FLEURY, Sonia (org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- FLEURY, Sonia. “A questão democrática na saúde”. In: FLEURY, Sonia (org.), *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- \_\_\_\_\_. “Paradigmas da reforma da seguridade social: liberal produtivista versus universal publicista”. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (org.). *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- \_\_\_\_\_. “Universal, dual or plural? Health care models and issues in Latin America”. In: MOLINA, C. G. & ARCO, J. N. (org.). *Health Services in Latin America and Asia*. Washington D.C, 2001. Disponível em: [www.ebape.fjv.br/academico/asp/dsp\\_professor.asp?cd\\_pro=36](http://www.ebape.fjv.br/academico/asp/dsp_professor.asp?cd_pro=36).
- FOLHA DE S.PAULO. 19/01/1997.
- FRANÇA, Susete Barbosa. A hegemonia do SUS e a relação público/privado na assistência hospitalar. *ENAP-Texto para discussão*, nº46. Brasília, abril/2002.
- FUNDAÇÃO João Pinheiro. *Gasto federal com Assistência à Saúde em Minas Gerais: um estudo sobre a desigualdade na distribuição dos recursos financeiros*. Belo Horizonte, 1997.
- \_\_\_\_\_. *Descentralização e governança no setor saúde em Belo Horizonte*. Belo Horizonte, 1998.
- \_\_\_\_\_. *A Reforma do Sistema de Saúde do Brasil: a descentralização como diretriz e a igualdade como princípio*. Belo Horizonte, 1999.
- GALLO, Edmundo e NASCIMENTO, Paulo César. “Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário”. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez Editora, 1989.
- GEAP – Fundação de Seguridade Social. “Os dilemas em torno da Patronal”. *Jornal da Patronal*, Ano II, nº 3, out/1990.
- GERSCHMAN, Silvia. *A Democracia Inconclusa – Um Estudo da Reforma Sanitária Brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- GIFFONI, R.M. *Assistência médica e as relações de trabalho na empresa: o modelo de convênio com a Previdência social*. Dissertação de Mestrado. USP, 1991.

- GIOVANELLA, Lígia; RIBEIRO, José Mendes e COSTA, Nilson do Rosário. “Defesa dos Consumidores e Regulação dos Planos de Saúde”. In: *Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar/ Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2002.
- GOMÀ, R. e SUBIRATS, J. “Políticas públicas: hacia la renovación del instrumental de análisis”. In: GOMÀ, R. e SUBIRATS, J. (org.). *Políticas Públicas en España: Contenidos, Rede de actores y niveles de gobierno*. Barcelona, Ed. Ariel, 1998.
- GOODIN, Robert E. *The theory of institutional design*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
- GOULART, Flávio A. de Andrade. *Municipalização: Veredas – Caminhos do Movimento Municipalista de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: ABRASCO/CONASEMS, 1996.
- \_\_\_\_\_. “Os médicos e a saúde no Brasil: enfrentando os dilemas de uma transição múltipla e complexa”. In: GOULART, F.A. de A. E CARVALHO, GILSON de Carvalho (org.). *Os médicos e a saúde no Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.
- GOUREVITCH, Peter. *Politics in Hard Times: Comparative Responses to International Economic Crises*. Ithaca: Cornell University Press, 1986.
- HAAL, Peter A. e TAYLOR, e Rosemary C.R. “Political science and the three new institutionalisms”. *Political Studies*. V. XLIV, n. 5, 1996.
- HATTAM, V.C. Labor visions and state power: the origins of business unionism in the United States. Princeton: Princeton University Press, 1993, *apud* Hall e Taylor. “Political science and the three new institutionalisms”. *Political Studies*. V. XLIV, n. 5, 1996.
- HECLO, H. *Modern social policies in Britain and Sweden*. New Haven, Conn.: Yale University Press, 1974.
- HOCHMAN, Gilberto. *A Era do Saneamento*. São Paulo: Hucitec/ANPOCS, 1998.
- IMMERGUT, Ellen M. “The rules of the game: the logic of health policy-making in France, Switzerland and Sweden”. In: STEINMO, Sven, THELEN, Kathleen e LONSTRETH, Frank (edit.). *Structuring Politics – historical institutionalism in comparative analysis*. Cambridge: Cambridge University Press: 1994.

- JEPPERSON, Ronald L. “Institutions, Institutional Effects, and Institutionalism”. In: POWELL, Walter W. e DIMAGGIO, Paul J. *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago e Londres: University of Chicago Press, 1991.
- JORNAL DO BRASIL, 28/08/2001.
- JORNAL FBH. anos 2000, 2001, 2002. Disponível em: < www. fbh.gov.br >. Acesso em 2002.
- KATZENSTEIN, Peter. “Small nations in an open international economy: the converging balance of state and society in Switzerland and Austria”. In: EVANS, Peter B., RUESCHEMEYER, Dietrich e SKOCPOL, Theda (editores). *Bringing the state back in*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.
- KATZNELSON, Ira. “Working-class formation and the state: nineteenth-century England and American perspective”. In: EVANS, Peter B., RUESCHEMEYER, Dietrich e SKOCPOL, Theda (editores). *Bringing the state back in*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.
- KATZNELSON, Ira e PREWITT, Kenneth. “Constitutionalism, class, and the limits of choice in U.S. Foreign Policy”. In: Richard Fagen (ed.). *Capitalism and the state in U.S. – Latin American relations*. . Stanford: Stanford university Press, 1979.
- LABRA, María Eliana. “As Políticas de Saúde no Chile: entre a Razão e a força”, in: Labra, Maria Eliana e Buss, Paulo Marchiori (org.). *Sistemas de Saúde - continuidades e mudanças*. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec e Fiocruz, 1995.
- LAURELL, Asa Cristina. “La lógica de la privatización em salud”. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (org.). *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- LEVCOVITZ, E. *Transição X consolidação: um estudo sobre as reformas das políticas nacionais de saúde – 1974/1996*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- LOPES, Juarez Rubens Brandão. Novos parâmetros para a reorganização da política social brasileira. In: IPEA. *Textos para discussão* n° 358. Dezembro de 1994.
- LUCCHESI, Patrícia T.R. “Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – Retrospectiva 1990/1995”. *Planejamento e Políticas Públicas*. Dezembro, 1996, 14.
- LUZ, Madel T. “A Saúde e as instituições médicas no Brasil”. In: GUIMARÃES, Reinaldo (org.). *Saúde e medicina no Brasil – contribuição para um debate*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

- \_\_\_\_\_. *As Instituições Médicas no Brasil-instituições e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 3ª edição, 1986.
- \_\_\_\_\_. ‘Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano’. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 2000.
- MACHADO, F. A. As possibilidades de controle social das políticas públicas. Belo Horizonte, 1987 (Mimeo). *Revista de Administração Pública*, 22 (1) 32-49, Jan./Mar 1998.
- MAJONE, Giandomenico. “Do estado positivo ao estado regulador: causas e conseqüências de mudanças no modo de governança”. *Revista do Serviço Público (RSP)*. Ano 50, Número 1, Jan-Mar 1999.
- MALLOY, James M. *Política de Previdência Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- \_\_\_\_\_. “A política de Previdência Social no Brasil: Participação e Paternalismo”. *Revista Dados*, nº 13, IUPERJ, Rio de Janeiro, 1976.
- MARCH, James G. e OLSEN, JOHAN P. *Rediscovering Institutions – the organizational basis of politics*. New York: The Free Press, 1989.
- MARCH, James G. e OLSEN, JOHAN P. “The new institutionalism: organizational factors in political life”. *The American Political Science Review*. Vol. 78, September, 1984, N°3.
- MEDICI, André Cezar. O setor privado prestador de serviços de saúde no Brasil: dimensão, estrutura e funcionamento. *Relatórios técnicos*. N° 02/90. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística –IBGE e Escola Nacional de Ciências Estatísticas – ENCE. Maio/90.
- \_\_\_\_\_. Os serviços de assistência médica das empresas: evolução e tendências recentes. Rio de Janeiro: *Relatórios técnicos*. N° 02/92. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística –IBGE e Escola Nacional de Ciências Estatísticas – ENCE. dezembro de 1991a.
- \_\_\_\_\_. *A medicina de grupo no Brasil*. Rio de Janeiro: Organização Panamericana de Saúde – representação do Brasil, outubro de 1991b.
- \_\_\_\_\_. *Incentivos governamentais ao setor privado em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, ENCE, 1991c.
- \_\_\_\_\_. *Perspectivas do financiamento à saúde no governo Collor de Mello*. Brasília, OPAS/OMS, Série Economia e financiamento nº 2, 1991d.

- MEDICI, André. Perfil da Saúde no Brasil. Brasília: IPEA (Texto para discussão N° 472), abril de 1997.
- MELO, Carlos Gentile. “A Medicina Previdenciária”. In: GUIMARÃES, Reinaldo (org.). *Saúde e medicina no Brasil – contribuição para um debate*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.
- \_\_\_\_\_. *O sistema de saúde em crise*. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1981, 2ª edição.
- MELO, Marcos André. “Governance e reforma do Estado: o paradigma do agente X principal”. In: *RSP, Revista do Serviço Público*. Ano 47, v. 120, n. 1, Brasília: jan-abr 1996.
- \_\_\_\_\_. *Reforma do Estado e mudança institucional no Brasil*. Recife: Ed. Massangana, 1999.
- \_\_\_\_\_. Política regulatória: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)*. Rio de Janeiro, n° 50, 2/ semestre de 2000, pp.7-43.
- \_\_\_\_\_. A política da ação regulatória: responsabilização, credibilidade e delegação. *Revista Brasileira de Ciências Sociais (RBCS)*. Volume 16, número 46, junho de 2001, pp.55-68.
- MENDES, Eugênio Vilaça. “As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção do projeto neoliberal”. In: MENDES, Eugênio Vilaça (org.). *Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.
- \_\_\_\_\_. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- \_\_\_\_\_. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.
- MENICUCCI, Telma M. G. *Previdência Privada: a negação/complementação da Previdência Social Pública*. Dissertação de Mestrado. Belo Horizonte: FAFICH/UFMG, 1990.
- \_\_\_\_\_. *Assistência Patronal: a negação da previdência social no seu próprio seio*. Mimeo. Departamento de Sociologia e Antropologia, FAFICH/UFMG, 1987.
- MESQUITA, Maria Angélica Fonseca de. “A Regulação da Assistência Suplementar à Saúde: In: *Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar/ Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2002.



- MINISTÉRIO da SAÚDE/Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. *Estimativas de impacto da vinculação constitucional de recursos para a saúde (Emenda constitucional n° 29/2000)*. Elaboração de Ana Cecília de Sá Campello Favaret *et al.* Brasília: Ministério da Saúde, Série J. Cadernos, n° 4, 2001.
- MINISTÉRIO da SAÚDE/Gabinete do Secretário-Executivo. Ofício MS/SE/GAB n° 840. Brasília: 24/04/2001.
- MINISTÉRIO da Saúde, CONSELHO Nacional de Saúde. Simpósio – Regulamentação dos Planos de Saúde, 28 e 29 de agosto de 2001: textos de referência. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- MINISTÉRIO da Saúde, Secretaria Executiva/Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Ações e Serviços Públicos de Saúde. Emenda Constitucional n° 29/2000 – Evolução 1999/2002.
- MINISTÉRIO da Saúde. 1997 - *O ano da saúde no Brasil. Ações e metas prioritárias*. Março/1997.
- MOE, Terry. “The positive theory of Public bureaucracy”, in D. Mueller (ed., *Perspectives on Public choice: A Handbbok*. Cambridge, Cambridge University Press, 1997, *apud* MELO, Marcos André. Política regulatória: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)*. Rio de Janeiro, n° 50, 2/ semestre de 2000, pp.7-43.
- MONTONE, Januário. Palestra proferida no painel: Tendências globais na área da saúde”, dentro do tema “Visão Brasileira”, em encontro da ABRAMGE. 23/11/2001.
- \_\_\_\_\_. “Saúde suplementar e as ferramentas gerenciais do futuro”. Texto apresentado na Conferencia Brasileira de Seguros, resseguros, previdência Privada e Capitalização- CONSEGURO, realizada em 12 de setembro de 2000 no Rio de Janeiro.
- \_\_\_\_\_. Regulação dos planos privados de assistência à saúde pela ANS: avaliação, perspectivas e interfaces SUS-Saúde Suplementar. Palestra proferida no Conselho Nacional de Saúde, em 06/06/2001.
- MÜLLER, J.S. Políticas de Saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. *Revista Saúde em Debate*, n° 31, março de 1991.
- MUSGROVE, Philip. Public and Private roles in health. Theory and financing patterns. *World Bank discussions paper n° 339*. The World Bank. Washington, D.C.1996.

- NOLL, Roger G. "Economic Perspectives on the Politics of Regulation", in R. Schmalensee (ed.), *Handbook of Industrial Organization* (vol. II), pp. 1255-1287, *apud* MELO, Marcos André. Política Regulatória: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)*. Rio de Janeiro, n° 50, 2/ semestre de 2000, pp.7-43.
- NORTH, Douglas. *Institutions, institutional change and economics performance*. Cambridge: Cambridge University Press: 1990.
- OLIVEIRA, Jaime A. e TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. "Medicina de Grupo: A medicina e a fábrica". In: GUIMARÃES, Reinaldo (org.). *Saúde e medicina no Brasil – contribuição para um debate*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.
- \_\_\_\_\_. *(IM) Previdência Social*. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1986.
- OSLZLAC, Oscar e FELDER, Ruth. "A capacidade de regulação estatal na Argentina". *Revista de Serviço Público (RSP)*. Ano 51, Número 1, Jan-Mar 2000.
- PACIA, R. "Ma il male sta nelle fasce sociali". *Rinascita*, nov/1986, *apud* VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan: UCAM, IUPERJ, 1998.
- PAIM, J. S. "A universidade e a Reforma Sanitária". *Divulgação em Saúde Para Debate*, 4:108, 1991.
- PELTZMAN, Sam. "The Economic Theory of Regulation after a Decade of Deregulation". *Brookings papers on Economic Activity*, pp. 1-60, *apud* MELO, Marcos André. Política regulatória: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)*. Rio de Janeiro, n° 50, 2/ semestre de 2000, pp.7-43.
- PEREIRA, Carlos, COSTA, Nilson e GIOVANELLA, Lígia. "O jogo da regulação da saúde suplementar no Brasil". *Novos Estudos*, N° 60, Julho de 2001.
- PEREIRA, Carlos e MUELLER, Bernardo. "Uma teoria da preponderância do poder executivo". *Revista Brasileira de Ciências Sociais (RBCS)*. Volume 15, número 43, junho de 2000.
- PIERSON, Paul. *Dismantling the welfare state? Reagan, Thatcher, and the Politics of Retrenchment*. Cambridge University Press, 1994.
- \_\_\_\_\_. *World Politics*. Vol. 45, N° 4, July 1993.
- POLANCO, Jorge Díaz; "Elementos para la construcción de una estrategia frente al proceso de privatización de los servicios de salud en Venezuela". In:

- EIBENSCHUTZ, Catalina (org.). *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- POSSAS, Cristina de Albuquerque. *Saúde e Trabalho – a crise da previdência social*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- POWELL, Walter W. e DIMAGGIO, Paul J. *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago e Londres: University of Chicago Press, 1991.
- REIS, Fábio Wanderley. “Governabilidade’ e instituições políticas”. In: VELLOSO, J.P.dos R. (coord.). *Governabilidade, sistema político e violência urbana*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1994.
- REZENDE da SILVA, Fernando e MAHAR, Dennis. *Saúde e previdência social – uma análise econômica*. Rio de Janeiro: IPEA/INPES, 1974.
- RODRIGUES NETO, Eleutério. “A via do parlamento”. In: FLEURY, Sonia (org.). *Saúde e democracia – A luta do CEBES*. São Paulo: lemos Editorial, 1997.
- ROSAS, E.J. *A Extensão de Cobertura dos Serviços de Saúde no Brasil: Piass – análise de uma experiência*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola nacional de Saúde Pública, Fiocruz, 1981.
- SANTOS, Wanderley Guilherme dos. *Cidadania e Justiça*. Rio de Janeiro: Editora Campos Ltda, 1979.
- SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE/Ministério da Saúde. Caderno da SAS – Orientações para compra de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- SINDICATO DOS MÉDICOS de Minas Gerais. *SINDIMED/MG – 30 anos*. Belo Horizonte: SINDIMED/MG, outubro/2000.
- \_\_\_\_\_. *Jornal do Sindicato*. Belo Horizonte: SINDIMED/MG, N° 82, Ago/Nov/2002..
- SKOCPOL, Theda. “Bringing the state back in: strategies of analysis in current research”. In: EVANS, Peter B., RUESCHEMEYER, Dietrich e SKOCPOL, Theda (editores). *Bringing the state back in*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.
- STIGLER, G.T. *The Citizen and the State: Essays on Regulation*. Chicago: the University of Chicago Press, 1975.
- SUBIRATS, Joan. Democracia: Participación y Eficiencia. Rev. *SSPP* (1997) n° 6.

- STRALEN, Cornelis Johan van. “A reforma sanitária no Brasil: aonde chegamos?”.  
In: SINDICATO DOS MÉDICOS de Minas Gerais. *SINDEMEDMG – 30 ANOS*. Belo Horizonte: SINDEMEDMG, outubro, 2000.
- SUNSTEIN, Cass R. *After the Rights Revolution: Reconceiving the Regulatory State*. Cambridge, Harvard University Press, 1990, *apud* MELO, Marcos André. Política regulatória: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)*. Rio de Janeiro, nº 50, 2º semestre de 2000, pp.7-43.
- TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. “O dilema reformista na reforma sanitária brasileira”. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, 21 (4): 94-115, out./dez. 1987.
- THELEN, Kathlen e STEINMO, Sven. “Historical institutionalism in comparative politics”. In: STEINMO, Sven, THELEN, Kathlen e LONSTRETH, Frank (edit.). *Structuring Politics – historical institutionalism in comparative analysis*. Cambridge: Cambridge University Press: 1994.
- TOWERS PERRIN. Planos de Benefícios no Brasil. XVII Pesquisa, 1997.
- TRIBUNAL DE Contas da União (TCU). Decisão número 143/2002. Sessão Ordinária do Plenário de 06/03/2002.
- UGÁ, Maria Alicia et all. “A regulação da atenção à saúde nos EUA”. In: *Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar/ Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2002.
- VAITMAN, Jeni. “Corporativismo: notas para sua aplicação no campo da saúde”. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.). *Reforma Sanitária – em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.
- VIANA, Ana Luiza. “As políticas sociais e as políticas de saúde”. In: GERSCHMAN, S. & VIANNA, M.L. WERNECK (orgs.). *A miragem da pós-modernidade – Democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.
- VIANA, Ana Luiza D’Ávila. “As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas”. In: CANESQUI, Ana Maria (org.). *Ciências sociais e saúde para o ensino médico. Saúde em debate – série didática*. São Paulo: Editora Hucitec/FAPESP, 2000.

- VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan: UCAM, IUPERJ, 1998.
- VOGEL, Steven. *Freer markets, more rules – regulatory reform in advanced industrial countries*. Ithaca, Cornell University Press, 1996, *apud* MELO, Marcos André. Política regulatória: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)*. Rio de Janeiro, n° 50, 2/ semestre de 2000, pp.7-43.
- WEIR, Margaret. “Ideas and the politics of bounded innovation”. In: STEINMO, Sven, THELEN, Kathlen e LONSTRETH, Frank (edit.). *Structuring Politics – historical institutionalism in comparative analysis*. Cambridge: Cambridge University Press: 1994.
- WILSON, J. Q. *Political Organizations*. New Jersey: Princeton University Press, 1995.

## 8.2 Fontes

- ABRAMGE. Anais do 7º Congresso Abramge 1999.
- Associação Brasileira das Empresas de Medicina de Grupo (ABRAMGE). <<http://www.abramge.com.br>>. Acesso em 06 /2002.
- ADVOCACIA GERAL da União. Parecer GM N° 16, de 27/12/2000.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em 2002.
- Associação Médica Brasileira (AMB). <http://www.amb.org.br>, acesso em 2002.
- BRASIL. Constituição de 1988. Editora Saraiva, 27ª edição, atualizada e ampliada, 2001.
- \_\_\_\_\_. Emenda Constitucional N° 29, de 13.10.2000 (EC 29/2000).
- \_\_\_\_\_. LEI N° 9.656/98. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.
- \_\_\_\_\_. MEDIDAS PROVISÓRIAS que alteram a Lei n° 9.656/98, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS. Departamento de Taquigrafia, Revisão e Redação. Notas taquigráficas relativas às Reuniões Ordinárias da Comissão Especial – PEC 82-A/95 Recursos para o SUS. Datas das reuniões: 20/05/1998; 26/05/1998; 02/06/1998; 16/06/1998; 17/06/1998; 24/06/1998; 30/06/1998; 01/07/1998.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Departamento de Taquigrafia, Revisão e Redação.

Notas taquigráficas relativas à Audiência Pública na Comissão Especial – PEC 82-A/95 Recursos para o SUS. Data: 27/05/1998.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Departamento de Taquigrafia, Revisão e Redação.

Notas taquigráficas da Sessão Ordinária da Câmara dos Deputados de 08/05/01.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Notas taquigráficas relativas às Audiências Públicas na

Comissão Especial de Planos de Saúde. Departamento de Taquigrafia, Revisão e Redação. Datas das audiências: 09/10/1996; 15/10/1996; 22/10/1996; 29/10/1996; 19/11/1996; 03/12/1996; 25/02/1997; 12/03/1997; 18/03/1997.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Diário da Câmara dos Deputados.

Datas pesquisadas: 22/05/93; 10/09/93; 04/03/94; 29/03/94; 30/04/94; 10/06/94; 28/06/94; 29/06/94; 15/03/95; 03/06/95; 16/08/95; 29/08/95; 18/10/95; 24/11/95; 03/02/96; 07/02/96; 26/03/96; 19/04/96; 20/04/96; 25/06/96; 06/07/96; 19/07/96; 08/10/96; 27/06/97; 14/08/97; 11/09/97; 17/09/97; 18/09/97; 25/09/97; 26/09/97; 02/10/97; 08/10/97; 09/10/97; 08/10/97; 10/10/97; 15/10/97; 16/10/97; 18/10/97; 16/10/98; 28/10/99; 11/11/99;

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Jornal da Câmara, 03/09/2001.

\_\_\_\_\_. Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira, Núcleo de Saúde. *Estudo N° 02, de 2000 – NS*. Recursos mínimos para a Saúde em 2000 e 2001.

\_\_\_\_\_. Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira, Núcleo de Saúde. *Estudo N° 84, de 2001 – NS*. EC n° 29 de 2000: valor mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde – interpretações controversas e suas implicações no orçamento da União.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n° 1.401/93.

\_\_\_\_\_. Resolução CFM n° 1.642/2002.

COMISSÃO de Defesa do Consumidor, Meio Ambiente e Minorias. Relatório sobre o Projeto de Lei N° 4.425/1994. Deputada Laura Carneiro. 01/07/95.

\_\_\_\_\_. Primeiro substitutivo oferecido pela relatora, Deputada Laura Carneiro, ao Projeto de Lei N° 4.425/1994. 01/09/95.

\_\_\_\_\_. Segundo substitutivo oferecido pela relatora, Deputada Laura Carneiro, ao Projeto de Lei N° 4.425/1994. 11/10/95.

COMISSÃO de Seguridade Social e Família. Substitutivo ao Projeto de Lei N° 4.425/1994, apresentado pelo relator, Deputado Iberê Ferreira, em 06/12/95.

\_\_\_\_\_. Voto em separado dos deputados Eduardo Jorge, José Augussto, Marta Suplicy e Humberto Costa, rejeitando o substitutivo ao Projeto de Lei Nº 4.425/1994, aprovado pela Comissão em 13/12/95.

CONSELHO Nacional de Saúde (CNS). Atas de reuniões ordinárias nºs: 95 (15 e 16/03/2000).

\_\_\_\_\_. Parâmetros consensuais sobre a implementação e regulamentação da Emenda Constitucional 29. Grupo de trabalho: CNS/MS-SIS/MS-CAS/SENADO FEDERAL-CSSF/CÂMARAFEDERAL-MP-ATRICON-CONASS-CONASEMS. Brasília, junho/2001.

\_\_\_\_\_. Moção nº 04, de 06.09.2001.

\_\_\_\_\_. <http://www.conselho.saude.gov.br>. Acesso em 2002.

DIÁRIO da Assembléia Nacional constituinte (DANC). Datas: 17/07/87; 18/07/87.

DIÁRIO Oficial da União (DOU):18.12.01. Retificação Parecer AGU Nº 016 de 27/12/2000.

FEDERAÇÃO Nacional das Empresas de Seguro Privado (FENASEG). <http://www.fenaseg.org.br>. Acesso em 21/10/2002.

FEDERAÇÃO Brasileira de Hospitais (FBH). <http://www.fbh.com.br>. Acesso em 08/11/2002.

GEAP. <http://www.geap.com.br>. Acesso em 06/05/2002.

MINISTÉRIO da Fazenda – Secretaria da Receita Federal. *Análise econômica da Declaração do IRPF99*. Estudos Tributários (s/d).

\_\_\_\_\_. *Consolidação da Declaração de Imposto de Renda das Pessoas Físicas – 2001*. Estudos Tributários – 11. Brasília: outubro/2002.

\_\_\_\_\_. Procuradoria Geral da Fazenda Nacional/Coordenação Geral de Assuntos Financeiros. *Parecer PGFN/CAF Nº 2561/2000*.

\_\_\_\_\_. Secretaria Executiva/Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Emenda Constitucional nº 29/2000: interpretação, implementação e regulamentação* (Dossiê). Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Nota Nº 05/SPO/MS*. Brasília, 18 de dezembro de 2000.

\_\_\_\_\_. Consultoria Jurídica. *Parecer/CONJUR/MS/EL Nº 847/2000. Aplicação da emenda constitucional nº 29, relativa a recursos mínimos para o setor saúde*.

\_\_\_\_\_. Gabinete do Ministro. *Exposição de Motivos Nº 022/GM/MS*, de 23.02.2001.

\_\_\_\_\_. Ofício MS/SE/GAB Nº 840, de 24.04.2001.

\_\_\_\_\_. Nota/CONJUR/MS N° 001/2001.

\_\_\_\_\_. Secretaria Executiva/Subsecretaria de Assuntos Administrativos. *Relatório do Seminário: A operacionalização da Emenda Constitucional 29*, Brasília, 19, 20 e 21 de setembro de 2001.

\_\_\_\_\_. Secretaria Executiva/Subsecretaria de Assuntos Administrativos. *Relatório do 2º Seminário: A operacionalização da Emenda Constitucional 29*, Brasília, 05 e 06.12. 2001.

MINISTÉRIO da Fazenda/Secretaria Executiva/Subsecretaria de Assuntos Administrativos. *Ações e Serviços Públicos de Saúde. Emenda Constitucional n° 29/2000 – Evolução 1999/2002*.

\_\_\_\_\_. SRF/Coordenação geral de política tributária. *Demonstrativo dos benefícios tributários – 2003*.

MINISTÉRIO DA FAZENDA/SRF. <http://www.receita.fazenda.gov.br>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anuário Estatístico de Saúde do Brasil, 2001. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/saude/aplicacoes/anuario2001/introd.cfm>>. Acesso em 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. <http://www.saude.gov.br>

PEQUISA de Assistência Médica Sanitária - AMS/IBGE. Anos: 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1992,1999.

PESQUISA NACIONAL por Amostra de Domicílios - PNAD/IBGE, 1998. Microdados.

SENADO Federal. PROJETO de Lei N° 4.425/94 que dispõe sobre Planos e Seguros Privados de Saúde e dá outras providências.

SENADO FEDERAL. SSINF – Subsecretaria de Informações. *Tramitação da Lei 9961/2000* que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES sobre Orçamentos públicos em Saúde (SIOPS).

TOWERS PERRIN. Planos de Benefícios no Brasil. XVII Pesquisa, 1997.

\_\_\_\_\_. Planos de Benefícios no Brasil. XIX Pesquisa, 1999-2000.

\_\_\_\_\_. Planos de Benefícios no Brasil. XX Pesquisa, 2001- 2002.

TRIBUNAL DE CONTAS da União. Decisão 143/2002, 06.03.2002.

UNIMED BRASIL. <http://www.unimed.com.br>. Acesso em 28/06/2002.



### 8.3 Pessoas entrevistadas

1. Guilherme Ribeiro Câmara. Diretor de Interior e Vice-diretor de Saúde do trabalhador do Sindicato dos Médicos de MG, membro do Coletivo de Saúde Intersindical da CUT/MG, em 18/12/2002
2. Helvécio Magalhães, Assessor Especial da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, em 18/12/2002; atualmente (2003), Secretário Municipal de Saúde.
3. João Luis Barroca de Andréa. Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos/ANS, em maio de 2001.
4. José Fernando Rossi. Presidente da ABRAMGE/MG, em outubro de 2002.
5. Leda Lúcia C. de Vasconcelos. Diretora Adjunta de Normas e Habilitação dos Produtos/ANS, em maio de 2001.
6. Maria Angélica Mesquita. Gerente de Pesquisa da ANS, em maio de 2001
7. Rafael Guerra, médico, Deputado Federal pelo PSDB-MG, em 26/5/2002.
8. Ruth de Lourdes da Conceição Costa. Diretora de Saúde do SINTEL e membro do Coletivo de Saúde Intersindical da CUT/MG, em dezembro de 2002.
9. Virgílio Baião Carneiro. Presidente da ASASPE/MG, em julho de 2002.
10. 90 moradores de Belo Horizonte, em junho de 2002.

**9 ANEXO: TABELAS**

**TABELA 1**  
LEITOS HOSPITALARES - BRASIL - 1935/1999

ANOS	Leitos Hospitalares					ANOS	Leitos Hospitalares				
	Públicos	%	Privados	%	Total		Públicos	%	Privados	%	Total
1935	22.700	36,69	39.177	63,31	61.877	1981	124.866	23,9%	397.903	76,1%	522.769
1945	55.454	44,60	68.885	55,40	124.339	1982	127.580	24,0%	402.921	76,0%	530.501
1950	74.976	46,13	87.539	53,87	162.515	1983	127.521	23,9%	406.534	76,1%	534.055
1960	97.526	37,89	159.845	62,11	257.371	1984	127.537	23,7%	411.184	76,3%	538.721
1965	84.494	36,97	144.051	63,03	228.545	1985	137.543	25,8%	394.740	74,2%	532.283
1971	124.601	33,90	242.921	66,10	367.522	1986	114.548	22,4%	397.798	77,6%	512.346
1975	124.734	31,60	270.048	68,40	394.782	1987	115.842	22,3%	403.856	77,7%	519.698
1976	119.062	26,8%	324.826	73,2%	443.888	1988	120.776	22,9%	406.420	77,1%	527.196
1977	121.209	26,6%	334.503	73,4%	455.712	1989	119.530	22,9%	403.365	77,1%	522.895
1978	124.575	26,2%	350.877	73,8%	475.452	1990	124.815	23,4%	408.743	76,6%	533.558
1979	118.463	24,3%	369.860	75,7%	488.323	1992	135.080	24,8%	409.277	75,2%	544.357
1980	122.741	24,1%	386.427	75,9%	509.168	1999	143.518	29,6%	341.427	70,4%	484.945

Fontes: 1935: BAHIA, 1991:20; 1935/75: BRAGA e PAULA, 1981: 75;

1976/99: Estatísticas da Saúde - Assistência Médico-Sanitária (AMS), Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

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

Para os anos de 1945/75, as porcentagens e os totais foram corrigidos da tabela original.

**TABELA 2**  
PROPORÇÃO DE PLANOS COLETIVOS POR TIPO EM AMOSTRA DE EMPRESAS -  
BRASIL - 1988-2002

ANO	AUTO-SEGURADO (PÓS-PAGAMENTO)	SEGURADO (PRÉ- PAGAMENTO)	MISTO (%)	NÚMERO DE EMPRESAS PESQUISADAS		
1988	14	9	26	64	...	230
1997	...	...	33	55	12	294
1999/2000	14	23	37	49	14	257
2001/2002	17	14	30	59	11	221

Fontes: 1988: MW Consultores, 1997, 1999/2000, 2001/2002. Towers Perrin, Planos de Benefícios no Brasil.

Nota: De acordo com a terminologia da Towers Perrin, planos segurados são aqueles em que a empresa prestadora assume o risco em troca de um pré-pagamento mensal por parte da empresa tomadora e se viabilizam através da medicina de grupo, cooperativas médicas ou seguro-saúde. O plano auto-segurado é aquele em que a empresa tomadora assume o risco, pagando pelos serviços efetivamente utilizados e se viabiliza através da administração de terceiros (Towers Perrin, 1997).

**TABELA 3**  
**PROPORÇÃO DE PLANOS EMPRESARIAIS SEGURADOS (PRÉ-PAGAMENTO) E**  
**AUTO-SEGURADOS COM ADMINISTRAÇÃO TERCEIRIZADA, POR TIPO DE**  
**INSTITUIÇÃO CONTRATADA, EM AMOSTRA DE EMPRESAS – BRASIL –**  
**1988-2002**

ANO	MEDICINA DE GRUPO (%)	COOPERATIVA MÉDICA (%)	SEGURADORA (%)	ADMNISTRADORA DE PLANOS (%)	NÚMERO DE EMPRESAS PESQUISADAS
1988	58 <sup>(1)</sup>	...	16	...	230
1997	32	33	45	18	294
1999/2000	31	35	50	22	257
2001/2002	26	23	51	14	221

Fontes: 1988: MW Consultores, 1997/ 1999/2000/ 2001/2000: Towers Perrin, Planos de Benefícios no Brasil.

Notas: Como a metodologia das pesquisas não é explicada nas publicações respectivas, supomos que os valores não somam 100% em função da existência de várias modalidades de planos em uma mesma empresa, conforme as mesmas pesquisas identificam.

(1) Esse valor refere-se à soma de medicina de grupo e cooperativas médicas

**TABELA 4**  
**EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE CLIENTES DE PLANOS PRÓPRIOS DE EMPRESA,**  
**MEDICINA DE GRUPO, COOPERATIVAS MÉDICAS E SEGUROS-SAÚDE (VALORES**  
**ESTIMADOS) 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	<i>Ano Base</i>	...	...	...	...
1977	...	...	5.978.371	7,96	...	...	...	...
			7.000.000					
1981	...	...	8.500.000	42,18	...	...	...	...
1982	...	...	...	...	...	...	697.193	<i>Ano Base</i>
1987	4.800.000	<i>Ano Base</i>	13.000.000	52,94	3.439.855	<i>Ano Base</i>	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	112,22	940.000	17,50
	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	...	...	...	...

Fontes: BAHIA, 1999; MENDES, 1993; ABRAMGE, 2002; MÉDICI, 1990; CIEFAS, 2000.

Notas: - De acordo com a fonte, há inconsistências nos dados. Nestes casos, um segundo valor foi colocado entre parênteses; o crescimento percentual foi calculado sobre o valor menor.

- Sinal (...): dado não disponível.

**TABELA 5**  
**COBERTURA DE PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR**  
**POR SEGMENTO, REGIÕES E UNIDADE DA FEDERAÇÃO - BRASIL - 2000**

Regiões	Medicina de Grupo		Cooperativa Médica		Autogestão		Seguradoras (1)		Outros Segmentos e Não Classificados (2)		Total	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
BRASIL	10.797.804	37,4	7.572.697	26,2	3.934.010	13,6	5.602.020	19,4	958.460	3,3	28.864.991	100,0
Norte	121.943	18,8	305.390	47,0	148.689	22,9	67.877	10,5	5.301	0,8	649.200	100,0
Nordeste	974.883	30,9	986.325	31,3	628.723	19,9	509.618	16,2	54.945	1,7	3.154.494	100,0
Sudeste	8.540.710	41,4	4.790.753	23,2	2.323.962	11,3	4.364.762	21,2	616.292	3,0	20.636.479	100,0
Sul	923.891	28,3	1.090.072	33,4	559.527	17,2	409.465	12,6	276.695	8,5	3.259.650	100,0
Centro-Oeste	235.579	20,2	400.157	34,4	273.103	23,5	250.298	21,5	5.227	0,4	1.164.364	100,0
UF Não Identificad:	798	99,3	-	-	6,0	0,7	-	-	-	-	804	100,0

Fonte: Anuário Estatístico de Saúde, 2001.

Notas: - Refere-se aos planos e seguros de assistência médica. Não incluem a população coberta por planos próprios de instituições públicas. Pode haver beneficiários com mais de um plano ou seguro de saúde.

- A classificação por segmento das operadoras é provisória até a autorização definitiva.

(1) Inclui Seguradoras Especializadas em Saúde.

(2) Refere-se aos segmentos das administradoras, filantrópicas e as com classificação em análise.

**TABELA 6**  
**EVOLUÇÃO DA MEDICINA DE GRUPO QUANTO AO NÚMERO DE EMPRESAS**  
**E EMPRESAS CONTRATANTES - BRASIL - 1954/2001**

Ano	Empresas de Medicina de Grupo		Empresas Contratantes		Ano	Empresas de Medicina de Grupo		Empresas Contratantes	
	Número	Aumento %	Número	Aumento %		Número	Aumento %	Número	Aumento %
1954	1	<i>Ano Base</i>	...	...	1987	300	200,00	10.000	<i>Ano Base</i>
1956	1	0,00	...	...	1994	555	85,00	42.000	320,00
1960	1	0,00	...	...	1995	670	20,72	45.000	7,14
1965	4	300,00	...	...	1996	701	4,63	46.300	2,89
1970	100	2.400,00	...	...	1997	730	4,14	48.000	3,67
1971	70	-30,00	...	...	1998	740	1,37	48.500	1,04
1972	90	28,57	...	...	1999	840	13,51	47.500	-2,06
1977	86	-4,44	...	...	2000	860	2,38	48.000	1,05
1984	100	16,28	...	...	2001	860	0,00	49.000	2,08

Fontes: POSSAS, 1975; BAHIA, 1999; ABRAMGE, 2002.

Notas: - Os dados são bastante inconsistentes e variam de acordo com a fonte.

- (...) dados não disponíveis

**TABELA 7**  
DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA PERCENTUAL DAS EMPRESAS DE MEDICINA DE GRUPO E DOS BENEFICIÁRIOS SEGUNDO A UNIDADE DA FEDERAÇÃO - BRASIL - 2001

Unidade Federativa	% de Empresas	% de Beneficiários	Unidade Federativa	% de Empresas	% de Beneficiários
Acre	0,14	0,1	Bahia	0,97	3,09
Amazonas	0,42	0,52	<b>NORDESTE</b>	<b>8,61</b>	<b>7,6</b>
Roraima	0,14	0,02	Minas Gerais	10,97	2,32
Rondônia	0,42	0,24	São Paulo	42,08	57,86
Pará	2,08	0,51	Rio de Janeiro	8,75	17,03
Amapá	0,14	0,03	Espírito Santo	2,78	0,86
Tocantins	0,14	0,06	<b>SUDESTE</b>	<b>64,58</b>	<b>78,07</b>
<b>NORTE</b>	<b>3,48</b>	<b>1,48</b>	Paraná	6,94	2,42
Maranhão	0,83	0,37	Santa Catarina	1,11	0,17
Piauí	0,56	0,38	Rio Grande do Sul	8,47	9,04
Ceará	1,25	0,55	<b>SUL</b>	<b>16,52</b>	<b>11,63</b>
Rio Grande do Norte	0,97	0,32	Distrito Federal	1,67	0,49
Paraíba	0,69	0,24	Mato Grosso	0,97	0,17
Pernambuco	2,36	1,87	Mato Grosso do Sul	0,97	0,05
Alagoas	0,56	0,59	Goiás	3,19	0,52
Sergipe	0,42	0,19	<b>CENTRO-OESTE</b>	<b>6,8</b>	<b>1,23</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: ABRAMGE, 2002.

**TABELA 8**  
OPERADORAS DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR POR SEGMENTO, REGIÃO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO - BRASIL - 2001(1)

Regiões e Unidades da Federação	Medicina de Grupo	%	Cooperativa Médica	%	Autogestão	%	Seguradoras (2)	%	Administradora	%	Filantropica	%	Odontológica (3)	%	Total	%
<b>BRASIL</b>	961	35	393	15	432	16	41	2	83	3	98	4	700	26	2.708	100
<b>Norte</b>	29	34	19	22	16	19	-	-	8	9	-	-	13	15	85	100
Rondônia	2	15	4	31	3	23	-	-	1	8	-	-	3	23	13	100
Acre	1	20	1	20	2	40	-	-	-	-	-	-	1	20	5	100
Amazonas	7	47	2	13	2	13	-	-	3	20	-	-	1	7	15	100
Roraima	-	-	1	33	1	33	-	-	-	-	-	-	1	33	3	100
Pará	18	47	7	18	6	16	-	-	2	5	-	-	5	13	38	100
Amapá	1	17	1	17	1	17	-	-	2	33	-	-	1	17	6	100
Tocantins	-	-	3	60	1	20	-	-	-	-	-	-	1	20	5	100
<b>Nordeste</b>	109	32	73	21	43	13	1	0	14	4	7	2	94	28	341	100
Maranhão	10	36	3	11	5	18	-	-	-	-	-	-	10	36	28	100
Piauí	3	27	5	45	1	9	-	-	-	-	-	-	2	18	11	100
Ceará	14	24	13	22	5	9	-	-	2	3	2	3	22	38	58	100
Rio Grande do Norte	5	19	9	33	3	11	-	-	-	-	-	-	10	37	27	100
Paraíba	9	26	10	29	2	6	-	-	2	6	-	-	12	34	35	100
Pernambuco	24	44	7	13	6	11	1	2	3	5	-	-	14	25	55	100
Alagoas	6	30	6	30	3	15	-	-	1	5	-	-	4	20	20	100
Sergipe	7	44	1	6	5	31	-	-	-	-	-	-	3	19	16	100
Bahia	31	34	19	21	13	14	-	-	6	7	5	5	17	19	91	100
<b>Sudeste</b>	629	38	191	12	257	16	36	2	39	2	77	5	423	26	1.652	100
Minas Gerais	111	33	70	21	61	18	-	-	8	2	14	4	69	21	333	100
Espírito Santo	22	40	6	11	14	25	-	-	1	2	2	4	10	18	55	100
Rio de Janeiro	187	58	25	8	34	11	13	4	2	1	6	2	53	17	320	100
São Paulo	309	33	90	10	148	16	23	2	28	3	55	6	291	31	944	100
<b>Sul</b>	157	34	74	16	66	14	3	1	17	4	13	3	130	28	460	100
Paraná	67	38	24	14	19	11	2	1	6	3	3	2	55	31	176	100
Santa Catarina	19	23	16	19	15	18	-	-	4	5	2	2	28	33	84	100
Rio Grande do Sul	71	36	34	17	32	16	1	1	7	4	8	4	47	24	200	100
<b>Centro-Oeste</b>	37	22	36	21	50	29	1	1	5	3	1	1	40	24	170	100
Mato Grosso do Sul	6	24	6	24	5	20	-	-	1	4	-	-	7	28	25	100
Mato Grosso	6	23	9	35	3	12	-	-	1	4	-	-	7	27	26	100
Goiás	18	31	18	31	9	16	-	-	1	2	-	-	12	21	58	100
Distrito Federal	7	11	3	5	33	54	1	2	2	3	1	2	14	23	61	100

Fonte: Ministério da Saúde/Agência Nacional de Saúde - ANS.

Notas: A classificação por segmento das operadoras é provisória até a autorização definitiva.

(1) Situação em dezembro de 2001.

(2) Inclui Seguradora Especializada em Saúde.

(3) Refere-se a Cooperativa Odontológica e Odontologia de Grupo.

**TABELA 9**  
**FATURAMENTO DAS EMPRESAS DO MERCADO DE ASSISTÊNCIA**  
**MÉDICA-SUPLETIVA - BRASIL - 1987/1989/1995-1998 (EM BILHÕES DE DÓLARES)**

Ano	Auto-Gestão		Medicina de Grupo		Cooperativas Médicas		Seguradoras		Total Bilhões de dólares	Aumento %
	Bilhões de Dólares	Aumento Percentual	Bilhões de Dólares	Aumento Percentual	Bilhões de Dólares	Aumento Percentual	Bilhões de Dólares	Aumento Percentual		
1987	0,400	Ano Base	1,000	Ano Base	0,350	Ano Base	0,075	Ano Base	1,825	Ano Base
1989	0,670	67,50	1,000	0,00	0,570	62,86	0,150	100,00	2,390	30,96
1995	3,464	417,00	3,711	271,13	1,979	247,26	1,485	889,69	10,639	345,15
1996	4,456	28,65	3,592	-3,21	3,398	71,67	2,913	96,20	14,359	34,97
1997/98	3,957	-11,21	3,397	-5,45	3,017	-11,21	3,448	18,39	13,819	-3,76

Fontes: 1987: MÉDICI, 1990: 32; 1989: MENDES, 1993: ASAPE/MG, 1990; 1995 a 1998: BAHIA, 1999.

Notas: Os valores de 1995 a 1998 foram dolarizados de acordo com as seguintes taxas cambiais:

1995 - Cotação do dia 31/12/1995 (dólar 0,9716)

1996 - Cotação do dia 31/12/1996 (dólar 1,0386)

1995 - Cotação do dia 31/12/1995 (dólar 0,9716)

1996 - Cotação do dia 31/12/1996 (dólar 1,0386)

1997/1998 - Média da cotação do dia 31/12/1997 (1,1156) e 31/12/1998 (1,2079)

Os demais valores foram transcritos das fontes já em US\$.



**TABELA 10**  
ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, POR REGIME DE ATENDIMENTO E NATUREZA JURÍDICA - BRASIL - 1976-1999

Anos	Estabelecimentos de Saúde																			
	Com Internação					Sem Internação					Serviço de Apoio diagnóstico/terapia					Total				
	Público		Privado		Total	Público		Privado		Total	Público		Privado		Total	Público		Privado		Total
	Abs.	%	Abs.	%		Abs.	%	Abs.	%		Abs.	%	Abs.	%		Abs.	%	Abs.	%	
1976	960	18,1%	4.351	81,9%	5.311	5.805	74,2%	2.017	25,8%	7.822	-	-	-	-	-	6.765	51,5%	6.368	48,5%	13.133
1977	1.001	18,2%	4.504	81,8%	5.505	6.289	71,6%	2.494	28,4%	8.783	-	-	-	-	-	7.290	51,0%	6.998	49,0%	14.288
1978	1.072	18,8%	4.636	81,2%	5.708	6.767	70,2%	2.870	29,8%	9.637	-	-	-	-	-	7.839	51,1%	7.506	48,9%	15.345
1979	1.162	19,3%	4.874	80,7%	6.036	7.586	68,7%	3.457	31,3%	11.043	-	-	-	-	-	8.748	51,2%	8.331	48,8%	17.079
1980	1.217	19,9%	4.893	80,1%	6.110	8.828	71,3%	3.551	28,7%	12.379	-	-	-	-	-	10.045	54,3%	8.444	45,7%	18.489
1981	1.322	20,8%	5.020	79,2%	6.342	12.293	79,7%	3.127	20,3%	15.420	-	-	-	-	-	13.615	62,6%	8.147	37,4%	21.762
1982	1.400	21,6%	5.095	78,4%	6.495	13.528	80,4%	3.291	19,6%	16.819	-	-	-	-	-	14.928	64,0%	8.386	36,0%	23.314
1983	1.450	21,7%	5.230	78,3%	6.680	15.299	80,6%	3.672	19,4%	18.971	-	-	-	-	-	16.749	65,3%	8.902	34,7%	25.651
1984	1.547	22,5%	5.314	77,5%	6.861	16.816	81,3%	3.875	18,7%	20.691	-	-	-	-	-	18.363	66,6%	9.189	33,4%	27.552
1985	1.469	22,0%	5.209	78,0%	6.678	15.607	70,0%	6.687	30,0%	22.294	-	-	-	-	-	17.076	58,9%	11.896	41,1%	28.972
1986	1.595	23,0%	5.325	77,0%	6.920	17.195	71,8%	6.757	28,2%	23.952	-	-	-	-	-	18.790	60,9%	12.082	39,1%	30.872
1987	1.703	24,1%	5.359	75,9%	7.062	18.471	72,8%	6.917	27,2%	25.388	-	-	-	-	-	20.174	62,2%	12.276	37,8%	32.450
1988	1.823	25,6%	5.300	74,4%	7.123	19.649	74,1%	6.860	25,9%	26.509	-	-	-	-	-	21.472	63,8%	12.160	36,2%	33.632
1989	1.889	26,5%	5.238	73,5%	7.127	20.817	75,1%	6.887	24,9%	27.704	-	-	-	-	-	22.706	65,2%	12.125	34,8%	34.831
1990	2.034	27,9%	5.246	72,1%	7.280	21.824	76,8%	6.597	23,2%	28.421	-	-	-	-	-	23.858	66,8%	11.843	33,2%	35.701
1992	2.114	28,5%	5.316	71,5%	7.430	24.978	59,1%	17.268	40,9%	42.246	-	-	-	-	-	27.092	54,5%	22.584	45,5%	49.676
1999	2.613	33,5%	5.193	66,5%	7.806	29.993	73,1%	11.016	26,9%	41.009	356	4,9%	6.962	95,1%	7.318	32.962	58,72	23.171	41,28	56.133

Fontes: 1976/1990: Estatísticas da Saúde - Assistência Médico-Sanitária (AMS), Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.  
1992 e 1999: DATASUS/ Ministério da Saúde, a partir dos micro-dados da AMS/ IBGE. Disponível em: <www.saude.gov.br>, 2002.

**TABELA 11**  
**PROPORÇÃO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE POR TIPO E NATUREZA JURÍDICA - BRASIL - 1981-1992**

Anos	Estabelecimentos de Saúde																	
	Posto de Saúde		Centro de Saúde		Policlínica ou Posto de Assistência		Pronto Socorro		Unidade Mista		Hospital		Ambulatório/Clínica		Complementação Diagnóstica		Total	
	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
1981	0,98	99,02	1,33	98,67	46,08	53,92	56,51	43,49	34,60	65,40	83,57	16,43	-	-	-	-	37,18	62,82
1982	1,89	98,11	2,94	97,06	46,63	53,37	55,66	44,34	17,52	82,48	83,06	16,94	-	-	-	-	34,62	65,38
1983	1,57	98,43	1,53	98,47	47,38	52,62	54,05	45,95	13,65	86,35	83,19	16,81	-	-	-	-	33,56	66,44
1984	1,21	98,79	2,96	97,04	47,65	52,35	52,13	47,87	11,87	88,13	82,59	17,41	-	-	-	-	33,07	66,93
1985*	1,82	98,18	3,16	96,84	80,03	19,97	50,98	49,02	14,15	85,85	83,66	16,34	-	-	-	-	38,97	61,03
1986	1,51	98,49	2,25	97,75	77,61	22,39	49,01	50,99	13,43	86,57	83,01	16,99	-	-	-	-	37,80	62,20
1987	2,02	97,98	1,82	98,18	78,08	21,92	46,07	53,93	13,71	86,29	82,10	17,90	-	-	-	-	37,30	62,70
1988	2,13	97,87	1,66	98,34	76,74	23,26	42,70	57,30	13,87	86,13	81,15	18,85	-	-	-	-	36,37	63,63
1989	2,05	97,95	1,65	98,35	76,55	23,45	37,71	62,29	11,73	88,27	80,39	19,61	-	-	-	-	35,01	64,99
1990	2,12	97,88	1,45	98,55	74,37	25,63	34,27	65,73	12,17	87,83	78,92	21,08	-	-	-	-	33,88	66,12
1992	1,19	98,81	1,85	98,18	83,59	16,41	...	...	14,67	85,33	78,19	21,81	83,59	16,41	95,81	4,19	45,46	54,54

Fontes: 1976/1990: Brasil, Estatísticas da Saúde - Assistência Médico-Sanitária (AMS), Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

1992: DATASUS/ Ministério da Saúde. a partir dos micro-dados da AMS/ IBGE. Disponível em: < www.saude.gov.br >. 2002.

Nota: Em 1985 e 1992 houve mudança na definição das categorias.

**TABELA 12**  
ESTABELECIMENTOS PÚBLICOS POR ESPÉCIE - BRASIL - 1981-1992

Anos	Estabelecimentos Públicos																	
	Posto de Saúde		Centro de Saúde		Policlínica		Pronto Socorro		Unidade Mista		Hospital		Ambulatório/ Clínica		Comp. Diagnostico		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1981	5.040	37,44	3.628	26,95	3.376	25,08	127	0,94	361	2,68	930	6,91	...	...	...	...	13.462	100,00
1982	6.741	45,16	3.299	22,10	3.382	22,66	145	0,97	353	2,36	1.008	6,75	...	...	...	...	14.928	100,00
1983	7.777	46,43	3.679	21,97	3.710	22,15	136	0,81	405	2,42	1.042	6,22	...	...	...	...	16.749	100,00
1984	8.712	47,44	4.126	22,47	3.835	20,88	146	0,80	438	2,39	1.106	6,02	...	...	...	...	18.363	100,00
1985	4.256	24,92	9.670	56,63	1.531	8,97	150	0,88	467	2,73	1.002	5,87	...	...	...	...	17.076	100,00
1986	4.644	24,72	10.580	56,31	1.816	9,66	155	0,82	522	2,78	1.073	5,71	...	...	...	...	18.790	100,00
1987	4.950	24,54	11.553	57,27	1.817	9,01	151	0,75	554	2,75	1.149	5,70	...	...	...	...	20.174	100,00
1988	5.200	24,22	12.349	57,51	1.947	9,07	153	0,71	615	2,86	1.208	5,63	...	...	...	...	21.472	100,00
1989	5.604	24,68	13.056	57,50	1.972	8,68	185	0,81	632	2,78	1.257	5,54	...	...	...	...	22.706	100,00
1990	6.038	25,31	13.472	56,47	2.126	8,91	188	0,79	657	2,75	1.377	5,77	...	...	...	...	23.858	100,00
1992	8.454	31,20	14.477	53,44	...	...	...	...	663	2,45	1.451	5,36	1.684	6,22	363	1,34	27.092	100,00

*Fontes:* 1976/1990: Estatísticas da Saúde - Assistência Médico-Sanitária (AMS), Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

1992: DATASUS/ Ministério da Saúde, a partir dos micro-dados da AMS/ IBGE. Disponível em: < www.saude.gov.br>, 2002.

*Nota:* Em 1985 e 1992 houve mudança na definição das categorias e, conseqüentemente, na classificação dos estabelecimentos.

**TABELA 13**  
ESTABELECIMENTOS PRIVADOS POR ESPÉCIE - BRASIL - 1981-1992

Anos	Estabelecimentos Privados																	
	Posto de Saúde		Centro de Saúde		Policlínica		Pronto Socorro		Unidade Mista		Hospital		Ambulatório/ Clínica		Complementação Diagnóstica		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1981	50	0,62	49	0,61	2.885	35,75	165	2,04	191	2,37	4.730	58,61	...	...	...	...	8.070	100,00
1982	130	1,55	100	1,19	2.955	35,24	182	2,17	75	0,89	4.944	58,96	...	...	...	...	8.386	100,00
1983	124	1,39	57	0,64	3.340	37,52	160	1,80	64	0,72	5.157	57,93	...	...	...	...	8.902	100,00
1984	107	1,16	126	1,37	3.490	37,98	159	1,73	59	0,64	5.248	57,11	...	...	...	...	9.189	100,00
1985*	79	0,66	316	2,66	6.136	51,58	156	1,31	77	0,65	5.132	43,14	...	...	...	...	11.896	100,00
1986	71	0,59	243	2,01	6.294	52,09	149	1,23	81	0,67	5.244	43,40	...	...	...	...	12.082	100,00
1987	102	0,83	214	1,74	6.472	52,72	129	1,05	88	0,72	5.271	42,94	...	...	...	...	12.276	100,00
1988	113	0,93	209	1,72	6.424	52,83	114	0,94	99	0,81	5.201	42,77	...	...	...	...	12.160	100,00
1989	117	0,96	219	1,81	6.439	53,11	112	0,92	84	0,69	5.154	42,51	...	...	...	...	12.125	100,00
1990	131	1,11	198	1,67	6.170	52,10	98	0,83	91	0,77	5.155	43,53	...	...	...	...	11.843	100,00
1992*	102	0,45	286	1,27	...	...	...	...	114	0,50	5.202	23,03	8.575	37,97	8.305	36,77	22.584	100,00

*Fontes:* 1976/1990: Estatísticas da Saúde - Assistência Médico-Sanitária (AMS), Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.  
1992: DATASUS/ Ministério da Saúde, a partir dos micro-dados da AMS/ IBGE. Disponível em: < www.saude.gov.br>, 2002.

*Nota:* Em 1985 e 1992 houve mudança na definição das categorias e, conseqüentemente, na classificação dos estabelecimentos.

TABELA 14  
ESTABELECIMENTOS COM INTERNAÇÃO, POR NÚMERO DE LEITOS E NATUREZA JURÍDICA DO ESTABELECIMENTO - BRASIL - 1976-1992

Anos	Até 50 leitos			51 a 150 leitos			151 leitos e mais			Total
	Públicos	Particulares	Total	Públicos	Particulares	Total	Públicos	Particulares	Total	
1976	560	2485	3045	211	1330	1541	189	536	725	5311
	18,39	81,61	100,00	13,69	86,31	100,00	26,07	73,93	100,00	
	(58,33)	(57,11)		(21,98)	(30,57)		(19,69)	(12,32)		
1977	578	2562	3140	229	1391	1620	194	551	745	5505
	18,41	81,59	100,00	14,14	85,86	100,00	26,04	73,96	100,00	
	(57,74)	(56,88)		(22,88)	(30,88)		(19,38)	(12,23)		
1978	626	2591	3217	243	1465	1708	203	580	783	5708
	19,46	80,54	100,00	14,23	85,77	100,00	25,93	74,07	100,00	
	(58,40)	(55,89)		(22,67)	(31,60)		(18,94)	(12,51)		
1979	714	2764	3478	253	1494	1747	195	616	811	6036
	20,53	79,47	100,00	14,48	85,52	100,00	24,04	75,96	100,00	
	(61,45)	(56,71)		(21,77)	30,65		(16,78)	(12,64)		
1980	755	2696	3451	260	1522	1782	201	668	869	6102
	21,88	78,12	100,00	14,59	85,41	100,00	23,13	76,87	100,00	
	(62,09)	(55,18)		(21,38)	(31,15)		(16,53)	(13,67)		
1981	859	2877	3736	260	1474	1734	203	669	872	6342
	22,99	77,01	100,00	14,99	85,01	100,00	23,28	76,72	100,00	
	(64,98)	(57,31)		(19,67)	(29,36)		(15,36)	(13,33)		
1982	917	2916	3833	274	1520	1794	209	659	868	6495
	23,92	76,08	100,00	15,27	84,73	100,00	24,08	75,92	100,00	
	(65,50)	(57,23)		(19,57)	(29,83)		(14,93)	(12,93)		
1983	965	3027	3992	278	1542	1820	207	660	867	6680
	24,17	75,83	100,00	15,27	84,73	100,00	23,88	76,12	100,00	
	(66,55)	(57,89)		(19,17)	(29,49)		(14,28)	(12,62)		
1984	1051	3110	4161	294	1533	1827	201	670	871	6861
	25,26	74,74	100,00	16,09	83,91	100,00	23,08	76,92	100,00	
	(67,98)	(58,54)		(19,02)	(28,85)		(13,00)	(12,61)		
1985	1016	3073	4089	178	630	808	275	1506	1781	6678
	24,85	75,15	100,00	22,03	77,97	100,00	15,44	84,56	100,00	
	(69,16)	(58,99)		(12,12)	(12,09)		(18,72)	(28,91)		
1986	1128	3181	4309	162	622	784	305	1522	1827	6920
	26,18	73,82	100,00	20,66	79,34	100,00	16,69	83,31	100,00	
	(70,72)	(59,74)		(10,16)	(11,68)		(19,12)	(28,58)		
1987	1231	3181	4412	163	639	802	309	1539	1848	7062
	27,90	72,10	100,00	20,32	79,68	100,00	16,72	83,28	100,00	
	(72,28)	(59,36)		(9,57)	(11,92)		(18,14)	(28,72)		
1988	1310	3016	4326	335	1607	1942	178	677	855	7123
	30,28	69,72	100,00	17,25	82,75	100,00	20,82	79,18	100,00	
	(71,86)	(56,91)		(18,38)	(30,32)		(9,76)	(12,77)		
1989	1366	2950	4316	339	1629	1968	184	659	843	7127
	31,65	68,35	100,00	17,23	82,77	100,00	21,83	78,17	100,00	
	(72,31)	(56,32)		(17,95)	(31,10)		(9,74)	(12,58)		
1990	1491	2887	4378	363	1700	2063	180	659	839	7280
	34,06	65,94	100,00	17,60	82,40	100,00	21,45	78,55	100,00	
	(73,30)	(55,03)		(17,85)	(32,41)		(8,85)	(12,56)		
1992	1505	2928	4433	407	1720	2127	202	668	870	7430
	33,95	66,05	100,00	19,13	80,87	100,00	23,22	76,78	100,00	
	(71,19)	(55,08)		(19,25)	(32,36)		(9,56)	(12,57)		

Fontes: 1976/1990: Brasil, Estatísticas da Saúde - Assistência Médico-Sanitária (AMS), Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

1992: DATASUS/ Ministério da Saúde, a partir dos micro-dados da AMS/ IBGE Disponível: <www.saude.gov.br>, 2002.

**TABELA 15**  
**NÚMERO DE PACIENTES ADMITIDOS EM ESTABELECIMENTOS COM**  
**INTERNAÇÃO, POR NATUREZA JURÍDICA DO ESTABELECIMENTO - BRASIL -**  
**1976-1992**

Anos	Natureza Jurídica				
	Públicos		Particulares		Total
1976	1.872.440	16%	10.149.509	84%	12.021.949
1977	1.957.258	16%	10.650.984	84%	12.608.242
1978	2.162.281	16%	11.574.520	84%	13.736.801
1979	2.228.552	15%	12.458.694	85%	14.687.246
1980	2.494.296	15%	13.815.058	85%	16.309.354
1981	2.623.120	15%	14.584.301	85%	17.207.421
1982	2.832.528	16%	14.523.402	84%	17.355.930
1983	2.924.749	17%	13.877.119	83%	16.801.868
1984	3.026.618	17%	14.572.576	83%	17.599.194
1985	3.035.693	18%	14.232.723	82%	17.268.416
1986	3.406.096	19%	14.397.753	81%	17.803.849
1987	3.306.382	19%	14.422.735	81%	17.729.117
1988	3.605.842	19%	15.279.014	81%	18.884.856
1989	3.538.067	19%	14.946.841	81%	18.484.908
1990	3.809.009	20%	15.221.167	80%	19.030.176
1992	4.622.480	23%	15.241.961	77%	19.864.441
1999	5.462.179	29%	13.688.739	71%	19.150.918

Fontes: 1976/1990: Estatísticas de Saúde - Assistência Médico-Sanitária (AMS),  
Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.  
1992 e 1999: DATASUS/Ministério da Saúde, a partir dos micro-dados da  
AMS, IBGE.

TABELA 16

ATENDIMENTOS ELEMENTARES E DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA E CONSULTAS MÉDICAS POR ANO, SEGUNDO O TIPO DE ESTABELECIMENTO. BRASIL - 1989-

Tipo de Estabelecimento	Atendimentos elementares (1)				Atendimentos de Emergência e Urgência				Consultas Médicas (2)			
	1989		1990		1989		1990		1989		1990	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Posto de Saúde	18.731.354	6,67	21.169.096	5,85	5.217	0,01	10.425	0,01	219.115	0,08	734.996	0,24
Centro de Saúde	160.677.247	57,21	189.817.310	52,42	2.882.890	4,43	3.444.683	4,79	75.523.949	26,23	78.078.454	25,27
Unidade Mista	12.579.813	4,48	16.553.539	4,57	1.912.282	2,94	2.612.816	3,63	7.845.432	2,72	8.655.760	2,80
Clínica e PAM	36.154.962	12,87	46.549.517	12,85	5.226.313	8,03	5.236.663	7,28	98.831.704	34,32	96.437.712	31,21
Pronto-Socorro	7.828.311	2,79	8.921.630	2,46	7.483.697	11,50	9.281.689	12,90	4.780.644	1,66	4.564.536	1,48
Hospital	44.874.196	15,98	79.128.503	21,85	47.557.334	73,09	51.389.591	71,40	100.764.149	34,99	120.491.647	39,00
<b>Total</b>	<b>280.845.883</b>	<b>100,00</b>	<b>362.139.595</b>	<b>100,00</b>	<b>65.067.733</b>	<b>100,00</b>	<b>71.975.867</b>	<b>100,00</b>	<b>287.964.993</b>	<b>100,00</b>	<b>308.963.105</b>	<b>100,00</b>

Fonte: 1989 e 1990: Estatísticas da Saúde - Assistência Médico-Sanitária (AMS), Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Notas: (1) Excluídos: 8.515 casos sem especificação do estabelecimento.

(2) Excluídos: 8.409 casos sem especificação do estabelecimento.

**TABELA 17**  
ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE POR REGIÃO - BRASIL - 1981-1990

Ano	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C.Oeste		Brasil	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1981	871	4,00	6.093	28,00	9.702	44,58	3.794	17,43	1.302	5,98	21.762	100,00
1982	943	4,04	6.560	28,14	10.186	43,69	4.246	18,21	1.379	5,91	23.314	100,00
1983	1.349	5,26	7.486	29,18	10.731	41,83	4.596	17,92	1.489	5,80	25.651	100,00
1984	1.593	5,78	8.384	30,43	10.982	39,86	4.860	17,64	1.733	6,29	27.552	100,00
1985	1.722	5,94	9.174	31,67	10.977	37,89	5.221	18,02	1.878	6,48	28.972	100,00
1986	1.970	6,38	9.546	30,92	11.443	37,07	5.891	19,08	2.022	6,55	30.872	100,00
1987	2.081	6,41	9.977	30,75	11.866	36,57	6.394	19,70	2.132	6,57	32.450	100,00
1988	2.408	6,95	10.576	30,52	12.601	36,36	6.794	19,60	2.277	6,57	34.656	100,00
1989	2.834	7,83	10.999	30,40	13.018	35,98	7.131	19,71	2.198	6,08	36.180	100,00
1990	2.654	7,43	10.791	30,23	12.895	36,12	7.166	20,07	2.195	6,15	35.701	100,00
1992	3.513	7,07	13.106	26,38	19.717	39,69	10.012	20,15	3.328	6,70	49.676	100,00
1999	4.654	8,29	16.265	28,98	21.483	38,27	9.819	17,49	3.921	6,99	56.133	100,00

Fontes: 1981/1990: Estatísticas da Saúde - Assistência Médico-Sanitária (AMS), Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.  
1992 e 1999: DATASUS/ Ministério da Saúde, a partir dos micro-dados da AMS/ IBGE. Disponível: < www.saude.gov.br > 2002.

Nota: Há divergência entre os números desta tabela, tabulados a partir dos dados disponíveis pelo DATASUS/MS e os apresentados na Tabela 9, extraídos diretamente da AMS/IBGE.



**TABELA 18**  
EVOLUÇÃO DA PROPORÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE POR REGIÃO SEGUNDO A NATUREZA JURÍDICA - BRASIL - 1981-1999

Ano	Região											
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
1981	70,26	29,74	76,02	23,98	57,76	42,24	55,40	44,60	51,08	48,92	62,56	37,44
1982	71,05	28,95	77,04	22,96	58,25	41,75	59,92	40,08	52,72	47,28	64,03	35,97
1983	76,80	23,20	77,62	22,38	58,62	41,38	61,25	38,75	53,53	46,47	65,30	34,70
1984	79,41	20,59	79,13	20,87	58,43	41,57	62,92	37,08	57,07	42,93	66,65	33,35
1985	77,70	22,30	72,03	27,97	50,63	49,37	48,78	51,22	54,58	45,42	58,94	41,06
1986	77,26	22,74	72,16	27,84	53,03	46,97	53,83	46,17	56,43	43,57	60,86	39,14
1987	78,95	21,05	72,38	27,62	54,41	45,59	56,87	43,13	57,13	42,87	62,17	37,83
1988	81,52	18,48	73,28	26,72	56,37	43,63	58,49	41,51	59,07	40,93	63,87	36,13
1989	82,88	17,12	73,70	26,30	57,65	42,35	60,63	39,37	60,04	39,96	65,28	34,72
1990	83,20	16,80	74,64	25,36	59,91	40,09	63,08	36,92	61,50	38,50	66,83	33,17
1992	79,93	20,07	67,27	32,73	44,23	55,77	74,21	25,79	47,03	52,97	54,54	45,46
1999	80,34	19,66	68,91	31,09	47,15	52,85	59,00	41,00	53,53	46,47	58,72	41,28

Fonte: 1976/1990: Estatísticas da Saúde - Assistência Médico-Sanitária (AMS), Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.  
1992 e 1999: DATASUS/ Ministério da Saúde, a partir dos micro-dados da AMS/ IBGE. Disponível em: <www.saude.gov.br>, 2002.

**TABELA 19**  
LEITOS POR REGIÃO SEGUNDO NATUREZA JURÍDICA - BRASIL - 1981-1990

Ano	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C.Oeste		Brasil		
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Nº	Público	Privado
1981	40,29	59,71	32,59	67,41	22,84	77,16	17,68	82,32	19,72	80,28	522.769	23,89	76,11
1982	43,33	56,67	33,60	66,40	22,52	77,48	17,33	82,67	20,82	79,18	530.501	24,05	75,95
1983	46,38	53,62	32,76	67,24	22,33	77,67	17,03	82,97	20,59	79,41	534.055	23,88	76,12
1984	46,89	53,11	32,55	67,45	21,80	78,20	16,89	83,11	21,47	78,53	538.721	23,67	76,33
1985	42,49	57,51	32,70	67,30	26,22	73,78	16,22	83,78	21,35	78,65	532.283	25,84	74,16
1986	43,22	56,78	32,18	67,82	19,68	80,32	15,96	84,04	20,96	79,04	512.346	22,36	77,64
1987	44,75	55,25	31,76	68,24	19,24	80,76	16,00	84,00	22,08	77,92	519.698	22,29	77,71
1989	44,71	55,29	30,45	69,55	20,06	79,94	17,69	82,31	20,55	79,45	522.895	22,87	77,13
1990	44,42	55,58	30,10	69,90	20,25	79,75	17,33	82,67	26,07	73,93	533.947	23,39	76,61
1992	49,33	50,67	31,73	68,27	21,69	78,31	18,64	81,36	22,03	77,97	544.357	24,81	75,19
1999	44,89	55,11	39,66	60,34	25,30	74,70	20,84	79,16	27,51	72,49	532.721	29,43	70,57

Fontes: DATASUS/Ministério da Saúde, a partir dos micro-dados da AMS/IBGE. <www.saude.gov.br> 2002.

Nota: Para o período de 1981-1990 só considerado os "leitos ativos"; para 1999 foram somados os diferentes tipos de leitos complementares, leitos de unidades intermediárias, leitos UTI adulto, leitos UTI coronar, leitos UTI infantil, leitos UTI neonatal, leitos UTI queimados, leitos hospitalares.

**TABELA 20**  
LEITOS HOSPITALARES, UTI ADULTO E UTI INFANTIL, POR MIL HABITANTES, POR NATUREZA JURÍDICA, SEGUNDO A REGIÃO. BRASIL - 1999

Região	Leitos por Mil Habitantes								
	Leitos Hospitalares		Total	Leitos UTI Adulto		Total	Leitos UTI Infantil		Total
	Públicos	Privados		Públicos	Privados		Públicos	Privados	
Norte	0,958	1,148	2,106	0,005	0,018	0,023	0,001	0,003	0,004
Nordeste	1,041	1,611	2,652	0,017	0,020	0,038	0,001	0,005	0,006
Sudeste	0,737	2,182	2,919	0,015	0,060	0,075	0,005	0,012	0,017
Sul	0,659	2,564	3,223	0,011	0,047	0,058	0,005	0,011	0,016
Centro-Oeste	0,952	2,387	3,339	0,009	0,060	0,069	0,004	0,016	0,019
Brasil	0,843	2,013	2,856	0,014	0,044	0,058	0,003	0,010	0,013

Fonte: DATASUS/ Ministério da Saúde, a partir dos micro-dados da AMS/ IBGE. <www.saude.gov.br> 2002.  
Nota: Foi considerada a população registrada no censo de 2000.

**TABELA 21**  
ATENDIMENTOS E INTERNAÇÕES POR TIPO E ANO, SEGUNDO A REGIÃO - BRASIL - 1989-

Região	Número de Atendimentos Per Capita						Internações Por Mil Habitantes	
	Atendimentos Elementares		Urgência e Emergência		Consultas Médicas		1989	1990
	1989	1990	1989	1990	1989	1990		
Norte	1,39	1,56	0,20	0,48	0,87	0,97	100,35	210,41
Nordeste	1,38	2,25	0,24	0,27	1,35	1,36	107,10	203,73
Sudeste	2,12	2,56	0,64	0,68	2,56	2,84	126,74	257,36
Sul	2,47	3,19	0,37	0,41	2,01	2,08	143,65	297,41
Centro-Oeste	2,18	2,08	0,44	0,41	1,78	1,83	181,69	353,91
Brasil	1,91	2,46	0,44	0,49	1,96	2,10	125,29	250,79

Fonte: DATASUA/Ministério da Saúde, a partir dos micro-dados da AMS/IBGE.  
Nota: Foi considerada a população do censo de 1991.

**TABELA 22**  
**ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE COM CONVÊNIO, POR ENTIDADE**  
**CONVENIENTE - BRASIL - 1976-1984**

Ano	Estabelecimentos com Convênio <sup>(1)</sup>		Entidades Convenientes													
			INPS / INAMPS <sup>(2)</sup>		INAMPS/Empresa		Patronal		FUNAI		Órgão				Outros	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Estadual		Municipal		Nº	%
											Nº	%	Nº	%		
1976	7.946	60,50	4.144	52,15	683	8,60	1.069	13,45	-	-	2.610	32,85	1.908	24,01	-	
1977	9.423	65,95	4.520	47,97	947	10,05	1.250	13,27	37	0,39	3.071	32,59	2.096	22,24	2.148	22,80
1978	9.969	64,97	6.444	64,64	964	9,67	1.919	19,25	68	0,68	2.926	29,35	2.304	23,11	2.960	29,69
1979	11.893	69,64	7.645	64,28	1.186	9,97	1.586	13,34	61	0,51	3.903	32,82	2.575	21,65	3.251	27,34
1980	13.221	71,51	8.640	65,35	1.263	9,55	1.634	12,36	57	0,43	4.405	33,32	2.823	21,35	3.688	27,90
1981	13.731	63,10	9.462	68,91	1.258	9,16	1.612	11,74	79	0,58	3.097	22,55	2.447	17,82	6.177	44,99
1982	14.735	63,20	10.218	69,35	1.266	8,59	1.560	10,59	83	0,56	3.360	22,80	2.451	16,63	6.539	44,38
1983	15.237	59,40	10.987	72,11	1.189	7,80	1.467	9,63	139	0,91	3.352	22,00	2.552	16,75	6.759	44,36
1984	16.010	58,11	11.586	72,37	1.206	7,53	1.495	9,34	145	0,91	3.547	22,15	2.649	16,55	7.085	44,25

*Fontes:* 1976/1984: Estatísticas da Saúde - Assistência Médico-Sanitária (AMS), Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

*Notas:* (1) É possível o estabelecimento de saúde ter mais de um convênio.

(2) Para 1976 e 1977, antes da criação do INAMPS, a assistência médica se dava no âmbito do INPS.

**TABELA 23**  
 ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE COM CONTRATOS E CONVÊNIOS ASSISTENCIAIS,  
 POR TIPO DE CONTRATO E CONVÊNIO - BRASIL - 1985-1992

Ano	Estabelecimentos com Convênio <sup>(1)</sup>		Entidades Convenientes ou Contratantes											
			INAMPS <sup>(2)</sup>		Empresa		Órgão						Particular	
	Federal						Estadual		Municipal					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1985	17.753	61,28	14.421	81,23	3.412	19,22	2.244	12,64	3.703	20,86	2.027	11,42	4.008	22,58
1986	22.499	72,88	19.279	85,69	3.846	17,09	2.318	10,30	4.028	17,90	2.253	10,01	4.443	19,75
1987	24.304	74,90	20.952	86,21	4.066	16,73	2.581	10,62	4.288	17,64	2.366	9,74	4.694	19,31
1988	25.814	76,75	24.542	95,07	4.266	16,53	2.721	10,54	4.514	17,49	2.522	9,77	4.944	19,15
1989	26.765	76,84	24.143	90,20	4.402	16,45	2.828	10,57	4.795	17,92	2.742	10,24	5.134	19,18
1990	27.644	77,43	24.707	89,38	4.464	16,15	2.965	10,73	5.007	18,11	2.975	10,76	4.982	18,02
1992	37.076	74,64	24.256	65,42	12.584	33,94	5.757	15,53	8.357	22,54	6.190	16,70	14.033	37,85

Fontes: 1976/1992: Estatísticas da Saúde - Assistência Médico-Sanitária (AMS), Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Notas: (1) É possível o estabelecimento de saúde ter mais de um convênio.

(2) Inclusive LBA, FUNRURAL e IPASE.

**TABELA 24**  
ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE POR REGIÃO E NATUREZA JURÍDICA, SEGUNDO O COMPRADOR DE SERVIÇOS. BRASIL - 1999

Comprador de Serviços (1)	Região										Brasil			
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Público	Privado	Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SUS	4.019	86,52	13.133	80,74	12.771	59,45	7.361	74,97	2.735	69,75	99,50	31,17	40.320,68	71,29
Plano Próprio	117	2,52	613	3,77	1.804	8,40	585	5,96	155	3,95	1,22	12,39	3.294,64	5,83
Plano de Terceiros	713	15,35	3.961	24,35	8.676	40,39	3.461	35,25	1.518	38,71	1,33	77,22	18.444,34	32,65
Particulares	831	17,89	4.221	25,95	9.921	46,18	3.775	38,45	1.712	43,66	1,17	86,63	20.588,47	36,45
Total de estabelecimentos	4.645	-	16.265	-	21.483	-	9.819	-	3.921	-	32.962	23.171	56.133	-

Fonte: DATASUS/ Ministério da Saúde, a partir dos micro-dados da AMS/ IBGE. <www.saude.gov.br> 2002.

**TABELA 25**  
**ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE POR NATUREZA JURÍDICA SEGUNDO O COMPRADOR DE SERVIÇOS -**  
**BRASIL - 1999**

Natureza jurídica	Comprador de Serviços								Total de Estabelecimentos
	SUS		Plano Próprio		Plano de Terceiros		Particulares		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Adm.Direta Saúde	31.247	99,81	208	0,66	291	0,93	250	0,80	31.305
Adm.Direta outr. órgão:	89	62,68	74	52,11	18	12,68	20	14,08	142
Fundação	950	95,00	55	5,50	207	20,70	213	21,30	1.000
Autarquia	293	80,49	77	21,15	33	9,07	25	6,87	364
Empresa	4.560	23,68	1.800	9,35	16.034	83,26	17.737	92,11	19.257
Org.Social Pública	314	97,21	30	9,29	13	4,02	21	6,50	323
Serv.Social Autônomo	54	18,24	75	25,34	166	56,08	247	83,45	296
Ent.Filantrópica	1.858	85,19	364	16,69	1.326	60,80	1.511	69,28	2.181
Economia Mista	31	59,62	10	19,23	19	36,54	24	46,15	52
Cooperativa	49	25,93	112	59,26	71	37,57	104	55,03	189
Sindicato	448	53,98	422	50,84	37	4,46	167	20,12	830
Beneficente	126	64,95	47	24,23	114	58,76	141	72,68	194
<b>TOTAL</b>	<b>40.019</b>	<b>71,29</b>	<b>3.274</b>	<b>5,83</b>	<b>18.329</b>	<b>32,65</b>	<b>20.460</b>	<b>36,45</b>	<b>56.133</b>

Fonte: DATASUS/ Ministério da Saúde, a partir dos micro-dados da AMS/ IBGE. <www.saude.gov.br> 2002.

Nota: As categorias não são excludentes.

**TABELA 26**  
ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE POR REGIME DE ATENDIMENTO SEGUNDO A NATUREZA JURÍDICA. BRASIL - 1999

Natureza jurídica	Brasil							
	% Com internação		% Sem internação		% Serv.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	N	%
Adm. Direta Saúde	2.247	7,18	28.771	91,91	287	0,92	31.305	55,77
Adm. Direta outr. órgãos	87	61,27	48	33,80	7	4,93	142	0,25
Fundação	326	32,60	632	63,20	42	4,20	1.000	1,78
Autarquia	65	17,86	289	79,40	10	2,75	364	0,65
Empresa	3.226	16,75	9.324	48,42	6.707	34,83	19.257	34,31
Org. Social Pública	44	13,62	274	84,83	5	1,55	323	0,58
Serv. Social Autônomo	17	5,74	211	71,28	68	22,97	296	0,53
Ent. Filantrópica	1.598	73,27	431	19,76	152	6,97	2.181	3,89
Economia Mista	9	17,31	38	73,08	5	9,62	52	0,09
Cooperativa	53	28,04	120	63,49	16	8,47	189	0,34
Sindicato	14	1,69	814	98,07	2	0,24	830	1,48
Beneficente	120	61,86	57	29,38	17	8,76	194	0,35
TOTAL	7.806	13,91	41.009	73,06	7.318	13,04	56.133	100,00

Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde, a partir dos micro-dados da AMS/IBGE. Disponível em: <www.saude.gov.br> 2002.



**TABELA 27**  
 PROPORÇÃO DE HOSPITAIS, LEITOS E LEITOS DE UTI DA REDE HOSPITALAR DO SUS,  
 POR NATUREZA JURÍDICA - BRASIL - 1992/1999/2002

Natureza Jurídica	Hospitais			Leitos			Leitos UTI		
	1992	1999	2002	1992	1999	2002	1992	1999	2002
Público	1.701 (28,21)	2.214 (34,31)	2.111 (36,78)	111.241 (22,20)	117.911 (24,02)	121.096 (27,50)	1.948 (22,14)	1.834 (17,29)	2.778 (25,79)
Privado: Contratado	2.816 (46,70)	2.355 (36,49)	1.818 (31,68)	232.378 (46,37)	170.468 (34,73)	132.518 (30,10)	3.052 (34,69)	2.353 (22,18)	1.874 (17,40)
Privado: Filantrópico	1.409 (23,37)	1.721 (26,67)	1.661 (28,94)	130.369 (26,01)	153.387 (31,25)	145.632 (33,07)	2.511 (28,54)	3.239 (30,54)	3.310 (30,73)
Privado: Sindicato	1 (0,02)	3 (0,05)	2 (0,03)	48 (0,01)	128 (0,03)	78 (0,02)	-	-	-
Universitário	104 (1,72)	160 (2,48)	147 (2,56)	27.156 (5,42)	48.896 (9,96)	40.989 (9,31)	1.286 (14,62)	3.181 (29,99)	2.809 (26,08)
Total	6.030 (100,00)	6.453 (100,00)	5.739 (100,00)	501.192 (100,00)	490.790 (100,00)	440.313 (100,00)	8.797 (100,00)	10.607 (100,00)	10.771 (100,00)

Fonte: DATASUS/ Ministério da Saúde, a partir de micro-dados da AMS/IBGE. <www.saude.gov.br>, 2002.

**TABELA 28**  
**DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR COBERTURA POR PLANO DE SAÚDE**  
**SEGUNDO A UNIDADE DA FEDERAÇÃO E REGIÃO - BRASIL - 1998**

Unidade Federativa	Cobertura por Plano de Saúde				Total
	População Coberta		População Não Coberta		
	Abs.	%	Abs.	%	
Rondônia	204.261	25,09	609.851	74,91	814.112
Acre	49.808	14,50	293.742	85,50	343.550
Amazonas	302.564	15,95	1.594.061	84,05	1.896.625
Roraima	12.744	6,68	178.147	93,32	190.891
Pará	584.439	18,71	2.539.232	81,29	3.123.671
Amapá	67.942	17,96	310.402	82,04	378.344
Tocantins	113.412	10,18	1.000.747	89,82	1.114.159
<b>Região Norte</b>	<b>1.335.170</b>	<b>16,98</b>	<b>6.526.182</b>	<b>83,02</b>	<b>7.861.352</b>
Maranhão	316.704	5,90	5.054.824	94,10	5.371.528
Piauí	249.221	9,16	2.470.463	90,84	2.719.684
Ceará	802.321	11,40	6.232.617	88,60	7.034.938
Rio Grande do Norte	289.807	11,01	2.341.806	88,99	2.631.613
Paraíba	539.053	16,05	2.819.805	83,95	3.358.858
Pernambuco	1.308.182	17,37	6.223.708	82,63	7.531.890
Alagoas	323.329	12,00	2.370.811	88,00	2.694.140
Sergipe	262.852	15,54	1.428.814	84,46	1.691.666
Bahia	1.597.552	12,40	11.287.030	87,60	12.884.582
<b>Região Nordeste</b>	<b>5.689.021</b>	<b>12,39</b>	<b>40.229.878</b>	<b>87,61</b>	<b>45.918.899</b>
Minas Gerais	3.998.376	23,33	13.140.679	76,67	17.139.055
Espírito Santo	661.521	22,78	2.242.187	77,22	2.903.708
Rio de Janeiro	4.486.858	32,77	9.203.719	67,23	13.690.577
São Paulo	13.891.465	39,23	21.515.580	60,77	35.407.045
<b>Região Sudeste</b>	<b>23.038.220</b>	<b>33,32</b>	<b>46.102.165</b>	<b>66,68</b>	<b>69.140.385</b>
Paraná	1.999.208	21,55	7.276.701	78,45	9.275.909
Santa Catarina	1.200.038	23,79	3.844.866	76,21	5.044.904
Rio Grande do Sul	2.933.512	29,66	6.957.359	70,34	9.890.871
<b>Região Sul</b>	<b>6.132.758</b>	<b>25,33</b>	<b>18.078.926</b>	<b>74,67</b>	<b>24.211.684</b>
Mato Grosso do Sul	495.495	24,76	1.505.565	75,24	2.001.060
Mato Grosso	315.299	13,46	2.026.804	86,54	2.342.103
Goiás	1.037.237	21,75	3.730.964	78,25	4.768.201
Distrito Federal	637.469	32,95	1.296.926	67,05	1.934.395
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>2.485.500</b>	<b>22,50</b>	<b>8.560.259</b>	<b>77,50</b>	<b>11.045.759</b>
<b>Brasil</b>	<b>38.680.669</b>	<b>24,45</b>	<b>119.497.410</b>	<b>75,55</b>	<b>158.178.079</b>

Fonte: PNAD/IBGE, 1998 (microdados)

Nota: Foram consideradas apenas as respostas válidas.

TABELA 29

DISTRIBUIÇÃO DOS TITULARES DE PLANOS DE SAÚDE POR UNIDADE DA FEDERAÇÃO E SEGUNDO O TIPO DE PLANO - BRASIL - 1998

Unidade Federativa	Tipo de plano									
	De Servidor Público		Empresarial (1)		Individual (2)		Outros		Total	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Rondônia	43.849	60,59	15.327	21,18	9.267	12,81	3.923	5,42	72.366	100,00
Acre	3.134	17,30	9.752	53,85	3.833	21,16	1.392	7,69	18.111	100,00
Amazonas	42.077	37,63	36.475	32,62	18.431	16,48	14.825	13,26	111.808	100,00
Roraima	1.820	50,00		0,00	1.820	50,00		0,00	3.640	100,00
Pará	109.233	47,50	35.093	15,26	57.995	25,22	27.625	12,01	229.946	100,00
Amapá	16.100	60,98	4.830	18,29	4.508	17,07	966	3,66	26.404	100,00
Tocantins	38.080	85,70	2.283	5,14	3.379	7,60	691	1,56	44.433	100,00
<b>Região Norte</b>	<b>254.293</b>	<b>50,19</b>	<b>103.760</b>	<b>20,48</b>	<b>99.233</b>	<b>19,58</b>	<b>49.422</b>	<b>9,75</b>	<b>506.708</b>	<b>100,00</b>
Maranhão	37.744	33,10	28.717	25,18	35.280	30,93	12.305	10,79	114.046	100,00
Piauí	58.032	67,88	15.029	17,58	10.364	12,12	2.072	2,42	85.497	100,00
Ceará	112.884	31,50	90.448	25,24	100.707	28,10	54.364	15,17	358.403	100,00
Rio Grande do Norte	16.550	11,92	36.099	25,99	53.648	38,63	32.596	23,47	138.893	100,00
Paraíba	85.537	37,89	42.016	18,61	72.881	32,28	25.310	11,21	225.744	100,00
Pernambuco	189.545	35,17	121.873	22,61	169.585	31,47	57.951	10,75	538.954	100,00
Alagoas	46.987	36,68	29.649	23,15	33.563	26,20	17.897	13,97	128.096	100,00
Sergipe	45.869	46,23	22.446	22,62	20.490	20,65	10.412	10,49	99.217	100,00
Bahia	206.374	30,79	209.518	31,26	185.512	27,67	68.926	10,28	670.330	100,00
<b>Região Nordeste</b>	<b>799.522</b>	<b>33,89</b>	<b>595.795</b>	<b>25,25</b>	<b>682.030</b>	<b>28,91</b>	<b>281.833</b>	<b>11,95</b>	<b>2.359.180</b>	<b>100,00</b>
Minas Gerais	404.923	25,21	566.044	35,25	474.523	29,55	160.508	9,99	1.605.998	100,00
Espírito Santo	57.783	20,60	99.623	35,52	87.173	31,08	35.869	12,79	280.448	100,00
Rio de Janeiro	478.834	24,40	682.788	34,79	636.913	32,45	164.055	8,36	1.962.590	100,00
São Paulo	638.589	10,76	2.752.299	46,36	1.957.960	32,98	587.431	9,90	5.936.279	100,00
<b>Região Sudeste</b>	<b>1.580.129</b>	<b>16,15</b>	<b>4.100.754</b>	<b>41,91</b>	<b>3.156.569</b>	<b>32,26</b>	<b>947.863</b>	<b>9,69</b>	<b>9.785.315</b>	<b>100,00</b>
Paraná	148.417	18,27	346.944	42,70	241.528	29,73	75.555	9,30	812.444	100,00
Santa Catarina	126.167	23,91	271.938	51,53	110.033	20,85	19.586	3,71	527.724	100,00
Rio Grande do Sul	412.864	31,66	507.390	38,91	290.072	22,24	93.783	7,19	1.304.109	100,00
<b>Região Sul</b>	<b>687.448</b>	<b>26,00</b>	<b>1.126.272</b>	<b>42,59</b>	<b>641.633</b>	<b>24,26</b>	<b>188.924</b>	<b>7,14</b>	<b>2.644.277</b>	<b>100,00</b>
Mato Grosso do Sul	62.817	35,12	55.480	31,02	49.104	27,45	11.477	6,42	178.878	100,00
Mato Grosso	20.062	16,09	60.553	48,56	36.196	29,03	7.880	6,32	124.691	100,00
Goiás	190.891	49,49	94.626	24,53	86.106	22,32	14.078	3,65	385.701	100,00
Distrito Federal	112.914	46,59	73.733	30,42	45.885	18,93	9.842	4,06	242.374	100,00
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>386.684</b>	<b>41,51</b>	<b>284.392</b>	<b>30,53</b>	<b>217.291</b>	<b>23,32</b>	<b>43.277</b>	<b>4,65</b>	<b>931.644</b>	<b>100,00</b>
<b>Brasil</b>	<b>3.708.076</b>	<b>22,85</b>	<b>6.210.973</b>	<b>38,28</b>	<b>4.796.756</b>	<b>29,56</b>	<b>1.511.319</b>	<b>9,31</b>	<b>16.227.124</b>	<b>100,00</b>

Fonte: PNAD/IBGE, 1998 (microdados)

Notas: Foram consideradas apenas as respostas válidas

- (1) Essa categoria foi construída a partir de outras variáveis originais. Considerou-se como plano empresarial aquele pago a apenas pelo empregador, ou pelo titular através do emprego atual ou anterior.
- (2) Considerou-se como plano individual os casos em que o responsável pelo pagamento é o titular diretamente ao plano, ou outras pessoas, excluídos os planos de servidores públicos.

TABELA 30

INDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH), IDH RENDA (PIB PER CAPITA) E PROPORÇÃO DE POBRES SEGUNDO AS UNIDADES DA FEDERAÇÃO. BRASIL - 1991 E 1996

Unidade Federativa	IDH	Índice de Renda (PIB per capita)	Proporção de Pobres (1)	Proporção de cobertos por planos de saúde
Acre	0,754	0,854	0,60	0,145
Alagoas	0,538	0,363	0,72	0,120
Amapá	0,786	0,798	0,46	0,180
Amazonas	0,775	0,850	0,52	0,160
Bahia	0,655	0,541	0,72	0,180
Ceará	0,590	0,388	0,73	0,155
Distrito Federal	0,869	0,981	0,22	0,330
Espírito Santo	0,836	0,931	0,48	0,228
Goiás	0,786	0,778	0,42	0,218
Maranhão	0,547	0,311	0,79	0,059
Mato Grosso	0,767	0,742	0,44	0,135
Mato Grosso do Sul	0,848	0,952	0,43	0,248
Minas Gerais	0,823	0,888	0,50	0,260
Pará	0,703	0,631	0,62	0,227
Paraíba	0,557	0,354	0,74	0,161
Paraná	0,847	0,954	0,41	0,252
Pernambuco	0,615	0,471	0,65	0,217
Piauí	0,534	0,288	0,78	0,092
Rio de Janeiro	0,844	0,965	0,31	0,318
Rio Grande do Norte	0,668	0,603	0,67	0,110
Rio Grande do Sul	0,869	0,960	0,35	0,321
Rondônia	0,820	0,953	0,55	0,251
Roraima	0,818	0,928	0,39	0,067
Santa Catarina	0,863	0,954	0,33	0,238
São Paulo	0,868	0,970	0,17	0,392
Sergipe	0,731	0,760	0,67	0,155
Tocantins	0,587	0,223	0,66	0,117

Fonte: PNUD/IPEA/FJP/IBGE. Desenvolvimento humano e condições de vida: indicadores Brasileiros Atlas do desenvolvimento humano no Brasil, 1998. (CD-ROM)

Notas: (1) % de pessoas com renda insuficiente ou seja renda familiar per capita inferior a 50% do salário de 1/9/91 / PNUD/IPEA/FJP/IBGE, 1991.

**TABELA 31**  
 DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR COBERTURA POR PLANO DE SAÚDE E  
 SEGUNDO O RENDIMENTO FAMILIAR MENSAL PER CAPITA - BRASIL - 1998

Renda Familiar Mensal Per Capita (Em Salários Mínimos)	Cobertura por Plano de Saúde					
	Com Cobertura		Sem Cobertura		Total	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
0	280.363 (6,42)	0,76	4.089.579 (93,58)	3,53	4.369.942	2,86
Até Meio	1.271.801 (3,24)	3,43	37.974.144 (96,76)	32,76	39.245.945	25,65
Mais de Meio Até 1	4.202.395 (11,43)	11,33	32.579.730 (88,57)	28,10	36.782.125	24,04
Mais de 1 Até 2	9.136.850 (26,63)	24,63	25.170.282 (73,37)	21,71	34.307.132	22,42
Mais de 2 Até 3	5.971.517 (42,26)	16,10	8.157.316 (57,74)	7,04	14.128.833	9,23
Mais de 3 Até 5	6.880.239 (57,55)	18,55	5.075.575 (42,45)	4,38	11.955.814	7,81
Mais de 5 Até 10	6.061.206 (72,80)	16,34	2.265.185 (27,20)	1,95	8.326.391	5,44
Mais de 10 Até 20	2.394.553 (82,72)	6,45	500.150 (17,28)	0,43	2.894.703	1,89
Mais de 20	898.557 (88,08)	2,42	121.546 (11,92)	0,10	1.020.103	0,67
Total	37.097.481 (24,24)	100,00	115.933.507 (75,76)	100,00	153.030.988	100,00

Fonte: PNAD/IBGE, 1998 (microdados)

Nota: Foram consideradas apenas as respostas válidas.

TABELA 32

PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO COM COBERTURA DE PLANO DE SAÚDE POR UNIDADE DA FEDERAÇÃO E REGIÃO, SEGUNDO A RENDA MENSAL FAMILIAR PER CAPITA. - BRASIL - 1998

Unidade Federativa	Renda Familiar Mensal Per Capita (Em Salários Mínimos)									Total
	0	Até Meio	Mais de Meio Até 1	Mais de 1 Até 2	Mais de 2 Até 3	Mais de 3 Até 5	Mais de 5 Até 10	Mais de 10 Até 20	Mais de 20	
Rondônia	0,70	1,58	10,04	30,28	13,73	18,66	16,20	7,75	1,05	100,00
Acre	0,70	0,70	2,82	20,42	26,06	16,91	21,83	7,04	3,53	100,00
Amazonas	3,35	10,05	13,81	26,00	18,50	14,08	9,12	5,09	0,00	100,00
Roraima	0,00	0,00	14,31	30,91	21,44	0,00	23,81	9,53	0,00	100,00
Pará	1,34	14,10	22,32	24,06	12,39	10,51	9,42	4,60	1,28	100,00
Amapá	0,51	9,69	6,63	34,69	9,69	26,02	8,16	4,08	0,51	100,00
Tocantins	0,28	7,43	23,14	27,42	14,77	12,93	9,21	3,21	1,62	100,00
<b>Região Norte</b>	<b>1,53</b>	<b>9,82</b>	<b>16,98</b>	<b>26,19</b>	<b>14,66</b>	<b>13,67</b>	<b>10,93</b>	<b>5,19</b>	<b>1,02</b>	<b>100,00</b>
Maranhão	0,52	2,60	14,32	21,35	17,71	15,89	16,15	10,16	1,30	100,00
Piauí	1,26	3,57	15,33	29,83	22,48	14,29	7,14	5,04	1,05	100,00
Ceará	0,56	6,64	15,32	22,46	15,61	17,87	14,40	5,26	1,87	100,00
Rio Grande do Norte	1,58	2,99	8,61	23,73	14,42	18,10	18,45	9,31	2,81	100,00
Paraíba	0,96	8,43	15,61	24,24	9,29	15,90	15,52	6,80	3,26	100,00
Pernambuco	0,88	11,64	19,21	25,31	12,43	13,72	10,65	4,55	1,62	100,00
Alagoas	2,08	2,77	14,73	26,17	9,71	23,74	13,35	5,72	1,73	100,00
Sergipe	0,55	7,53	15,76	18,08	18,90	17,81	14,93	4,93	1,51	100,00
Bahia	0,92	6,77	17,15	25,69	15,08	15,27	12,00	5,51	1,64	100,00
<b>Região Nordeste</b>	<b>0,94</b>	<b>7,20</b>	<b>16,30</b>	<b>24,53</b>	<b>14,30</b>	<b>16,11</b>	<b>12,95</b>	<b>5,82</b>	<b>1,84</b>	<b>100,00</b>
Minas Gerais	0,88	5,04	16,76	28,23	15,91	14,41	13,12	4,11	1,53	100,00
Espírito Santo	0,39	5,31	12,78	20,55	16,86	21,02	15,94	5,54	1,62	100,00
Rio de Janeiro	0,77	2,12	8,30	23,21	15,10	19,18	19,39	8,43	3,50	100,00
Sao Paulo	0,67	1,61	8,41	23,95	16,94	20,39	18,44	6,87	2,74	100,00
<b>Região Sudeste</b>	<b>0,72</b>	<b>2,42</b>	<b>9,98</b>	<b>24,46</b>	<b>16,40</b>	<b>19,13</b>	<b>17,61</b>	<b>6,64</b>	<b>2,64</b>	<b>100,00</b>
Paraná	0,70	2,94	10,66	25,47	15,94	18,84	17,24	6,38	1,82	100,00
Santa Catarina	0,20	1,63	7,25	27,22	20,17	22,58	13,66	4,73	2,56	100,00
Rio Grande do Sul	0,47	2,11	9,38	24,83	17,65	20,41	17,01	5,81	2,32	100,00
<b>Região Sul</b>	<b>0,49</b>	<b>2,28</b>	<b>9,38</b>	<b>25,51</b>	<b>17,59</b>	<b>20,33</b>	<b>16,43</b>	<b>5,79</b>	<b>2,21</b>	<b>100,00</b>
Mato Grosso do Sul	0,53	5,13	19,25	25,69	17,41	15,83	9,40	5,65	1,12	100,00
Mato Grosso	1,16	2,09	13,38	24,76	11,40	18,95	18,14	8,14	1,98	100,00
Goiás	1,18	4,46	17,13	27,42	15,24	15,66	12,18	4,69	2,04	100,00
Distrito Federal	0,74	1,31	5,50	14,42	12,37	19,22	22,73	17,00	6,71	100,00
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>0,93</b>	<b>3,49</b>	<b>14,10</b>	<b>23,42</b>	<b>14,45</b>	<b>17,02</b>	<b>15,08</b>	<b>8,46</b>	<b>3,04</b>	<b>100,00</b>
Brasil	0,76	3,43	11,33	24,63	16,10	18,55	16,34	6,45	2,42	100,00

Fonte: PNAD/IBGE, 1998 (microdados)

Notas: - Foram consideradas apenas as respostas válidas daqueles que possuem plano de saúde.

- Valor do salário mínimo: R\$130,00

TABELA 33

DISTRIBUIÇÃO DOS TITULARES DE PLANO DE SAÚDE POR TIPO DE PLANO SEGUNDO A RENDA MENSAL -  
BRASIL - 1998

Renda Mensal [em Salários Mínimos] (1)	Tipo de Plano									
	De Servidor Público		Empresarial (2)		Individual (3)		Outros		Total	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
0	29.175	0,80	35.081	0,58	225.767	4,87	545.911	54,94	835.934	5,45
Até Meio	10.195	0,28	5.142	0,08	19.244	0,42	19.905	2,00	54.486	0,36
Mais de Meio Até 1	162.795	4,48	84.679	1,39	189.670	4,09	91.038	9,16	528.182	3,44
Mais de 1 Até 2	374.188	10,31	540.690	8,89	320.317	6,91	100.776	10,14	1.335.971	8,71
Mais de 2 Até 3	394.569	10,87	896.024	14,74	391.312	8,44	53.322	5,37	1.735.227	11,31
Mais de 3 Até 5	775.315	21,35	1.519.187	24,99	798.665	17,23	74.070	7,45	3.167.237	20,65
Mais de 5 Até 10	1.064.241	29,31	1.649.830	27,14	1.170.781	25,26	73.914	7,44	3.958.766	25,81
Mais de 10 Até 20	529.576	14,59	840.248	13,82	853.858	18,42	22.545	2,27	2.246.227	14,64
Mais de 20	290.707	8,01	508.867	8,37	665.818	14,36	12.153	1,22	1.477.545	9,63
Total	3.630.761	100,00	6.079.748	100,00	4.635.432	100,00	993.634	100,00	15.339.575	100,00
		(23,67)		(39,63)		(30,22)		(6,48)		

Fonte: PNAD/IBGE, 1998 (microdados)

Notas: 1. Foram consideradas apenas as respostas válidas.

(1) Valor do salário mínimo: R\$ 130,00

(2) Essa categoria foi construída a partir de outras variáveis originais. Considerou-se como plano empresarial aquele pago apenas pelo empregador, ou pelo titular através do emprego atual ou anterior.

(3) Considerou-se como plano individual os casos em que o responsável pelo pagamento é o titular diretamente ao plano, o ou outras pessoas, excluídos os planos de servidores públicos.

TABELA 34

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR ATIVIDADE PRINCIPAL E COBERTURA POR PLANO DE SAÚDE SEGUNDO A UNIDADE DA FEDERAÇÃO E REGIÃO - BRASIL - 1998

Unidade Federativa	Atividade Principal no Ano					
	Agrícola			Não Agrícola		
	População Coberta por Plano de Saúde		Total de Trabalhadores em Atividades Agrícolas	População Coberta por Plano de Saúde		Total de Trabalhadores em Atividades Não Agrícolas
	Abs.	%		Abs.	%	
Rondônia	2.853	9,42	30.302	104.805	28,88	362.864
Acre	1.394	8,70	16.028	22.640	16,24	139.379
Amazonas	2.803	3,53	79.355	129.041	21,02	613.907
Roraima		0,00	4.246	5.460	7,37	74.039
Pará	12.761	6,07	210.116	266.776	21,49	1.241.636
Amapá	644	4,88	13.202	28.014	21,17	132.340
Tocantins	3.016	1,57	191.750	56.809	15,23	372.984
<b>Região Norte</b>	<b>23.471</b>	<b>4,31</b>	<b>544.999</b>	<b>613.545</b>	<b>20,89</b>	<b>2.937.149</b>
Maranhão	4.101	0,25	1.635.981	151.785	12,03	1.261.874
Piauí	6.217	0,89	696.910	110.363	16,10	685.472
Ceará	11.164	0,87	1.281.471	387.566	18,03	2.149.504
Rio Grande do Norte	4.013	1,37	292.267	134.871	15,73	857.314
Paraíba	14.676	2,61	561.851	233.843	23,58	991.529
Pernambuco	23.070	2,31	999.075	612.241	25,08	2.441.140
Alagoas	4.475	1,15	388.279	126.417	17,86	707.649
Sergipe	6.828	2,75	247.901	112.881	20,62	547.517
Bahia	26.061	1,03	2.530.552	748.004	20,98	3.565.036
<b>Região Nordeste</b>	<b>100.605</b>	<b>1,17</b>	<b>8.634.287</b>	<b>2.617.971</b>	<b>19,82</b>	<b>13.207.035</b>
Minas Gerais	104.812	4,79	2.185.893	1.817.741	29,12	6.241.480
Espírito Santo	9.466	2,26	418.953	317.315	29,64	1.070.509
Rio de Janeiro	9.535	5,08	187.545	1.999.683	34,31	5.829.094
São Paulo	144.586	12,60	1.147.064	6.710.605	42,89	15.646.313
<b>Região Sudeste</b>	<b>268.399</b>	<b>6,81</b>	<b>3.939.455</b>	<b>10.845.344</b>	<b>37,67</b>	<b>28.787.396</b>
Paraná	51.004	4,23	1.205.100	989.113	27,36	3.615.394
Santa Catarina	43.204	5,95	725.882	617.016	31,31	1.970.866
Rio Grande do Sul	150.850	11,47	1.315.629	1.451.346	35,62	4.074.779



TABELA 35

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA POR COBERTURA POR PLANO DE SAÚDE E SEGUNDO A CONDIÇÃO DE OCUPAÇÃO NO ANO - BRASIL - 1998

Cobertura Por Plano de Saúde	Condição de Atividade no Ano				Condição de Ocupação no Ano			
	Economicamente Ativas		Não Economicamente Ativas		Ocupadas		Desocupadas	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Com Cobertura	20.168.702	24,64	12.269.200	26,79	19.072.897	24,89	1.097.099	20,96
Sem Cobertura	61.686.081	75,36	33.531.185	73,21	57.548.897	75,11	4.136.484	79,04
Total	81.854.783	100,00	45.800.385	100,00	76.621.794	100,00	5.233.583	100,00

Fonte: PNAD/IBGE, 1998 (microdados)

Nota: Foram consideradas apenas as respostas válidas.

TABELA 36

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO OCUPADA POR COBERTURA POR PLANO DE SAÚDE E SITUAÇÃO NO PLANO, SEGUNDO A OCUPAÇÃO NO TRABALHO PRINCIPAL NO ANO DE REFERÊNCIA - BRASIL - 1998

Ocupação no Trabalho Principal	Cobertura por Plano de Saúde					Posição no Plano, dos Cobertos (%)	
	Cobertos		Não Cobertos		Total	Titular	Dependente ou Agregado
	Abs.	%	Abs.	%			
Empregado com Carteira Assinada	8.701.722	39,16	13.521.557	60,84	22.223.279	52,74	30,13
Funcionário Público Estatutário	2.911.881	66,62	1.458.949	33,38	4.370.830	18,99	7,15
Trabalha por Conta Própria	2.583.470	15,42	14.172.417	84,58	16.755.887	10,06	21,22
Empregado Sem Carteira Assinada	1.973.453	14,18	11.946.548	85,82	13.920.001	7,49	6,71
Empregador	1.381.406	47,98	1.497.558	52,02	2.878.964	6,48	18,84
Trabalho Não Remunerado	515.980	7,80	6.100.940	92,20	6.616.920	1,62	0,22
Doméstico sem Carteira Assinada	375.084	7,80	4.431.979	92,20	4.807.063	0,86	6,75
Militar	224.494	71,02	91.601	28,98	316.095	0,61	4,95
Produção para Consumo Próprio	172.546	5,54	2.939.554	94,46	3.112.100	0,54	1,70
Doméstico com Carteira Assinada	172.321	12,66	1.188.395	87,34	1.360.716	0,44	1,92
Construção para Uso Próprio	40.532	22,10	142.832	77,90	183.364	0,14	0,37
Empregado Sem Declaração de Carteira	4.619	26,67	12.698	73,33	17.317	0,02	0,03
Doméstico Sem Declaração de Carteira	579	6,91	7.799	93,09	8.378	—	0,010
Total	19.058.087	24,89	57.512.827	75,11	76.570.914	100,00	100,00

Fonte: PNAD/IBGE, 1998 (microdados)

Nota: Foram consideradas apenas as respostas válidas.

TABELA 38

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR COBERTURA POR PLANO DE SAÚDE E SITUAÇÃO NO PLANO  
SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA - BRASIL - 1998

Faixa Etária	Cobertura por Plano de Saúde						Situação no Plano, dos Cobertos (%)	
	Com Cobertura		Sem Cobertura		Total		Titular	Dependente ou Agregado
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%		
0 a 12	8.312.322	21,49	32.313.929	27,04	40.626.251	25,68	4,78	95,22
13 a 17	3.684.856	9,53	13.659.312	11,43	17.344.168	10,96	4,33	95,67
18 a 29	7.278.882	18,82	25.259.443	21,14	32.538.325	20,57	47,90	52,10
30 a 45	10.224.991	26,43	25.082.804	20,99	35.307.795	22,32	64,95	35,05
45 a 65	6.889.977	17,81	16.725.451	14,00	23.615.428	14,93	62,54	37,46
Mais de 65	2.287.372	5,91	6.446.011	5,39	8.733.383	5,52	54,23	45,77
Idade Ignorada	2.269	0,01	10.460	0,01	12.729	0,01	61,79	38,21
Total	38.680.669	100,00	119.497.410	100,00	158.178.079	100,00	41,97	58,03

Fonte: PNAD/IBGE, 1998

Nota: Foram consideradas apenas as respostas válidas.

TABELA 37

PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO COBERTA POR PLANO DE SAÚDE DE ACORDO COM O RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO DO PLANO E SEGUNDO A OCUPAÇÃO NO TRABALHO PRINCIPAL NO ANO - BRASIL - 1998

Ocupação no Trabalho Principal	Responsável pelo Pagamento do Plano de Saúde					Total
	Somente o Empregador do Titular	O Titular Através do Trabalho Atual (1)	O titular Através do Trabalho Anterior	O Titular Diretamente ao Plano	Outros	
Militar	21,78	73,48	0,74	2,52	1,48	100,00
Funcionário Público Estatutário	10,56	69,44	2,32	16,26	1,42	100,00
Empregado com Carteira Assinada	29,37	11,31	2,39	49,53	7,41	100,00
Empregado sem Carteira Assinada	8,85	34,76	5,12	42,41	8,87	100,00
Empregado sem Declaração de Carteira	22,72	66,67	0,00	10,61	0,00	100,00
Doméstico com Carteira	29,37	11,31	2,39	49,53	7,41	100,00
Doméstico sem Carteira	13,05	10,17	2,44	58,23	16,11	100,00
Trabalha por Conta Própria	2,35	11,50	5,82	71,92	8,42	100,00
Empregador	1,32	13,36	2,61	78,11	4,59	100,00
Produção para Consumo Próprio	1,84	2,98	29,94	30,71	34,53	100,00
Construção para Uso Próprio	9,83	3,34	14,11	48,69	24,03	100,00
Trabalhador Não Remunerado	2,74	4,36	15,53	37,53	39,85	100,00
Total	15,73	49,26	2,45	28,79	3,77	100,00

Fonte: PNAD/IBGE, 1998 (microdados)

Notas: - Foram consideradas apenas as respostas válidas.

- Nesse caso, também o empregador é responsável pelo pagamento.

TABELA 39

DISTRIBUIÇÃO DOS TITULARES DE PLANOS DE SAÚDE POR IDADE SEGUNDO O RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO DO PLANO - BRASIL - 1998

Responsável pelo pagamento	Faixa etária													
	0 a 12		13 a 17		18 a 29		30 a 45		45 a 65		Mais de 65		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Empregador	2.585	0,12	20.093	0,94	667.055	31,22	1.019.783	47,73	383.757	17,96	43.139	2,02	2.136.412	100,00
Titular através do trabalho atual	3.288	0,05	47.841	0,73	1.785.063	27,39	3.393.921	52,07	1.226.956	18,82	60.925	0,93	6.517.994	100,00
Titular através do trabalho anterior	1.734	0,18	849	0,09	14.827	1,57	100.348	10,59	583.014	61,55	246.477	26,02	947.249	100,00
Titular diretamente ao plano	12.432	0,25	21.723	0,44	721.969	14,52	1.823.418	36,68	1.746.032	35,12	645.460	12,98	4.971.034	100,00
Outro morador do domicílio	323.515	32,87	48.476	4,93	213.524	21,70	162.922	16,56	172.015	17,48	63.650	6,47	984.102	100,00
Pessoa não moradora do domicílio	46.473	12,35	15.545	4,13	48.677	12,93	49.034	13,03	99.234	26,37	117.420	31,20	376.383	100,00
Total	390.027	2,45	154.527	0,97	3.451.115	21,66	6.549.426	41,11	4.211.008	26,43	1.177.071	7,39	15.933.174	100,00

Fonte: PNAD/IBGE, 1998 (microdados)

Nota: Foram consideradas apenas as respostas válidas.

**TABELA 40**  
DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO COM COBERTURA POR PLANOS DE SAÚDE POR SITUAÇÃO NO PLANO E SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA - BRASIL - 1998

Faixa Etária	Situação no Plano de Saúde				Total
	Titular		Dependente ou Agregado		
	Abs.	%	Abs.	%	
0 a 12	397.518	4,78	7.914.804	95,22	8.312.322
13 a 17	159.737	4,33	3.525.119	95,67	3.684.856
18 a 29	3.486.409	47,90	3.792.473	52,10	7.278.882
30 a 45	6.641.238	64,95	3.583.753	35,05	10.224.991
46 a 65	4.309.305	62,54	2.580.672	37,46	6.889.977
Mais de 65	1.240.462	54,23	1.046.910	45,77	2.287.372
Idade Ignorada	1.402	61,79	867	38,21	2.269
Total	16.236.071	41,97	22.444.598	58,03	38.680.669

Fonte: IBGE - PNAD 1998 (microdados)

Nota: Foram consideradas apenas as respostas válidas.

**TABELA 41**  
DISTRIBUIÇÃO DOS TITULARES DE PLANOS DE SAÚDE POR TIPO DE PLANO E SEGUNDO O RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO - BRASIL - 1998

Responsável pelo Pagamento	Tipo de Plano					
	De Servidor Público		Outros		Total	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Somente o Empregador do Titular	491.710	13,28	1.644.702	13,14	2.136.412	13,17
O Titular Através do Trabalho Atual	2.282.077	61,62	4.234.757	33,83	6.516.834	40,17
O Titular Através do Trabalho Anterior	615.735	16,63	331.514	2,65	947.249	5,84
O Titular Diretamente ao Plano	174.278	4,71	4.796.756	38,32	4.971.034	30,64
Outro	139.529	3,77	1.511.319	12,07	1.650.848	10,18
Total	3.703.329	100,00	12.519.048	100,00	16.222.377	100,00

Fonte: IBGE - PNAD 1998 (microdados)

Notas: - Foram consideradas apenas as respostas válidas.

**TABELA 42**

PROPORÇÃO DOS TITULARES DE PLANOS DE SAÚDE POR CONDIÇÃO DE OCUPAÇÃO NO ANO E TIPO DE PLANO SEGUNDO O RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO - BRASIL - 1998

Responsável pelo Pagamento do Plano	Condição de Ocupação		
	Ocupadas	Desocupadas	Plano de Servidos Público
	%	%	%
Somente o Empregador do Titular	15,73	1,13	13,28
○ Titular Através do Trabalho Atual (1)	49,25	2,75	61,62
○ Titular Através do Trabalho Anterior	2,44	11,25	16,63
○ Titular Diretamente ao Plano	28,80	37,24	4,71
Outros	3,78	47,64	3,77
Total	100,00	100,00	100,00

Fonte: PNAD/IBGE, 1998 (microdados)

Notas: Foram consideradas apenas as respostas válidas.

(1) Nesse caso, também o empregador é responsável pelo pagamento.

- Na categoria Outros estão incluídos tanto planos empresariais quanto individuais.

**TABELA 43**  
VALOR DA MENSALIDADE POR TIPO DE PLANO - BRASIL - 1998

Valor da mensalidade do plano de saúde (em reais)	Tipo de Plano									
	De Servidor Público		Empresarial (1)		Individual (2)		Outros		Total	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Até 30	1.171.553	39,46 (32,16)	1.736.612	40,49 (47,67)	565.648	11,95 (15,53)	169.046	17,67 (4,64)	3.642.859	28,13 (100,00)
Mais de 30 até 50	710.861	23,94 (27,60)	968.096	22,57 (37,58)	666.323	14,07 (25,87)	230.750	24,12 (8,96)	2.576.030	19,89 (100,00)
Mais de 50 até 100	644.267	21,70 (19,78)	858.020	20,01 (26,35)	1.426.016	30,12 (43,79)	328.163	34,30 (10,08)	3.256.466	25,15 (100,00)
Mais de 100 até 200	315.017	10,61 (13,45)	502.362	11,71 (21,44)	1.357.494	28,67 (57,94)	168.036	17,56 (7,17)	2.342.909	18,09 (100,00)
Mais de 200 até 300	77.948	2,63 (11,34)	139.775	3,26 (20,34)	431.315	9,11 (62,76)	38.236	4,00 (5,56)	687.274	5,31 (100,00)
Mais de 300 até 500	35.696	1,20 (10,70)	65.869	1,54 (19,75)	220.772	4,66 (66,18)	11.261	1,18 (3,38)	333.598	2,58 (100,00)
Mais de 500	13.689	0,46 (12,46)	17.925	0,42 (16,32)	66.986	1,41 (60,97)	11.261	1,18 (10,25)	109.861	0,85 (100,00)
<b>Total</b>	<b>2.969.031</b>	<b>100,00</b> (22,93)	<b>4.288.659</b>	<b>100,00</b> (33,12)	<b>4.734.554</b>	<b>100,00</b> (36,56)	<b>956.753</b>	<b>100,00</b> (7,39)	<b>12.948.997</b>	<b>100,00</b> (100,00)

Fonte: PNAD/IBGE, 1998

Notas: 1. Foram consideradas apenas as respostas válidas.

(1) Categoria construída a partir de outras variáveis originais da PNAD. É possível que uma parcela dos planos custeados pelo empregador não se caracterizem como empresariais, mas por serem uma pequena minoria, não invalidam esta categorização que poderia, para ser mais exata, ser denominada de Plano organizado pelo empregador.

(1) Categoria construída a partir de outras variáveis originais da PNAD. É possível que uma parcela dos planos custeados pelo empregador não se caracterizem como empresariais, mas por serem uma pequena minoria, não invalidam esta categorização que poderia, para ser mais exata, ser denominada de Plano organizado pelo empregador.

(2) Considerou-se como plano individual os casos em que o responsável pelo pagamento é o titular diretamente ao plano, ou outras pessoas, excluídos os planos de servidores públicos.

TABELA 44

PROPORÇÃO DE PESSOAS QUE POSSUEM PLANO DE SAÚDE POR RENDA MENSAL FAMILIAR PER CAPITA E SEGUNDO O VALOR DA MENSALIDADE DO PLANO - BRASIL - 1998

Renda Familiar Mensal Per Capita (em Salários Mínimos)	Valor da Mensalidade do Plano de Saúde (em Reais)								
	Até 30	Mais de 30 até 50	Mais de 50 até 100	Mais de 100 até 200	Mais de 200 até 300	Mais de 300 até 500	Mais de 500	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	Abs.	%
0	24,38	27,01	26,46	18,43	2,04	-	1,67	51.836	100,00
Até meio	70,96	15,45	9,93	3,40	0,26	0,00	-	227.182	100,00
Mais de meio até 1	60,66	20,09	13,83	4,60	0,54	0,29	0,00	967.638	100,00
Mais de 1 até 2	43,22	25,26	21,45	8,58	1,23	0,24	0,02	2.592.326	100,00
Mais de 2 até 3	32,00	24,70	25,68	13,44	3,12	0,91	0,15	2.047.732	100,00
Mais de 3 até 5	22,70	21,25	29,07	20,60	4,47	1,71	0,20	2.528.421	100,00
Mais de 5 até 10	13,14	16,22	30,61	26,70	8,57	4,03	0,72	2.434.171	100,00
Mais de 10 até 20	7,15	11,32	26,06	31,69	13,30	7,92	2,57	1.082.028	100,00
Mais de 20	5,09	7,82	21,39	30,96	16,26	10,82	7,65	462.566	100,00
<b>Total</b>	28,49	20,13	25,12	17,88	5,19	2,46	0,73	12.393.900	100,00

Fonte: PNAD/IBGE, 1998 (microdados)

Nota: Foram consideradas apenas as respostas válidas.

- Sinal (-): dado igual a zero não resultante de arredondamento



**TABELA 45**  
**DISTRIBUIÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE QUE COBRAM FATOR MODERADOR SEGUNDO**  
**O VALOR DA MENSALIDADE - BRASIL - 1998**

Valor da Mensalidade do Plano de Saúde (Em Reais)	Cobrança de Fator Moderador (1)			Total
	Abs.	%	% (Em Relação ao Total de Planos)	
Até 30	1.167.333	40,28	32,04	3.643.439
Mais de 30 Até 50	630.160	21,74	24,46	2.576.563
Mais de 50 Até 100	627.565	21,65	19,27	3.256.466
Mais de 100 Até 200	337.334	11,64	14,39	2.345.039
Mais de 200 Até 300	83.022	2,86	12,07	687.854
Mais de 300 Até 500	40.535	1,40	12,13	334.178
Mais de 500	12.123	0,42	11,81	102.615
<b>Total</b>	<b>2.898.072</b>	<b>100,00</b>	<b>22,39</b>	<b>12.946.154</b>

Fonte: PNAD/IBGE, 1998 (microdados)

Nota: Foram consideradas apenas as respostas válidas.

TABELA 46

DISTRIBUIÇÃO DOS TITULARES DE PLANOS DE SAÚDE POR COBRANÇA DE FATOR MODERADOR E SEGUNDO O RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO DO PLANO E TIPO DO PLANO - BRASIL - 1998

Responsável pelo Pagamento do Plano de Saúde	Cobrança de Fator Moderador		Total de Planos
	Abs.	%	
<b>1- Plano de Servidor Público</b>	<b>1.229.888</b>	<b>33,17</b>	<b>3.708.076</b>
Somente o Empregador do Titular	58.088	11,81	491.710
○ Titular Através do Trabalho Atual	839.752	36,80	2.282.077
○ Titular Através do Trabalho Anterior	251.858	40,90	615.735
○ Titular Diretamente ao Plano	46.015	26,40	174.278
Outros	34.175	23,69	144.276
<b>2- Outros Planos</b>	<b>2.251.090</b>	<b>17,97</b>	<b>12.526.835</b>
Somente o Empregador do Titular	282.771	17,19	1.644.702
○ Titular Através do Trabalho Atual	885.842	20,92	4.234.757
○ Titular Através do Trabalho Anterior	96.739	29,18	331.514
○ Titular Diretamente ao Plano	766.977	15,99	4.796.756
Outros	218.761	14,40	1.519.106
<b>Total</b>	<b>3.480.978</b>	<b>21,44</b>	<b>16.234.911</b>

Fonte: PNAD/IBGE, 1998 (microdados)

Nota: Foram consideradas apenas as respostas válidas.

**TABELA 47**  
DISTRIBUIÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE POR TIPO SEGUNDO A ABRANGÊNCIA DA COBERTURA - BRASIL - 1998

Abrangência da Cobertura (serviços oferecidos)	Tipo de plano de saúde							
	De Servidor Público		Empresarial (1)		Individuais (2)		Total	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
1. Consultas, exames, internações, medicamentos, assistência odontológica e reembolso	96.815	3,36	104.155	1,99	41.875	0,78	242.845	1,80
2. Consultas, exames, internações, medicamentos e assistência odontológica	139.644	4,85	98.670	1,88	45.659	0,85	283.973	2,10
3. Consultas, exames, internações e medicamentos	41.668	1,45	99.532	1,90	103.424	1,92	244.624	1,81
4. Consultas, exames, internações e assistência odontológica	1.174.302	40,81	916.124	17,46	644.325	11,97	2.734.751	20,25
5. Consultas, exames, internações e reembolso	468.887	16,29	1.209.431	23,05	1.409.603	26,19	3.087.921	22,86
6. Consultas, exames e internações	907.607	31,54	2.670.479	50,89	3.005.589	55,85	6.583.675	48,75
7. Internações	12.985	0,45	5.384	0,10	13.511	0,25	31.880	0,24
8. Consultas e exames	35.837	1,25	142.419	2,71	116.959	2,17	295.215	2,19
9. Reembolso	-	-	849	0,02	617	0,01	1.466	0,01
Total	2.877.745	100,00	5.247.043	100,00	5.381.562	100,00	13.506.350	100,00

Fonte: PNAD/IBGE, 1998 (microdados)

Notas: Foram consideradas apenas as respostas válidas.

As categorias das linhas da tabela foram montadas de forma a serem excludentes, a partir da realização de filtros e agregação de respostas do tipo Sim/Não, e indo da mais à menos cobertura de serviços.

A10Sinal (-): dado igual a zero não resultante de arredondamento.

(1) Essa categoria foi construída a partir de outras variáveis originais. Considerou-se como plano empresarial aquele pago apenas pelo empregador, ou pelo titular através do emprego atual ou

(2) Considerou-se como plano individual os casos em que o responsável pelo pagamento é o titular diretamente ao plano, ou outras pessoas, excluídos os planos de servidores públicos.

**TABELA 48**  
**DISTRIBUIÇÃO DOS TITULARES DE PLANO DE SAÚDE POR TIPO DE PLANO E SEGUNDO O NÚMERO DE**  
**DEPENDENTES OU AGREGADOS DO PLANO - BRASIL - 1998**

Número de Dependentes ou Agregados	Tipo de Plano*									
	Empresarial (1)		De Servidor Público		Individual (2)		Outros		Total	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
0	2.123.421	34,19	1.118.820	30,17	3.277.496	53,11	77.188	41,65	6.596.925	40,54
1	1.084.480	17,46	746.243	20,12	1.101.053	17,84	30.994	16,72	2.962.770	18,21
2	1.174.272	18,91	720.887	19,44	685.984	11,12	22.286	12,03	2.603.429	16,00
3	1.086.278	17,49	647.829	17,47	620.736	10,06	31.136	16,80	2.385.979	14,66
4	510.033	8,21	304.953	8,22	271.443	4,40	11.690	6,31	1.098.119	6,75
De 5 a 7	219.856	3,54	159.147	4,29	195.668	3,17	10.593	5,72	585.264	3,60
Mais de 8	11.851	0,19	10.197	0,27	18.444	0,30	1.437	0,78	41.929	0,26
<b>Total</b>	<b>6.210.191</b>	<b>100,00</b>	<b>3.708.076</b>	<b>100,00</b>	<b>6.170.824</b>	<b>100,00</b>	<b>185.324</b>	<b>100,00</b>	<b>16.274.415</b>	<b>100,00</b>

Fonte: PNAD/IBGE, 1998 (microdados)

Notas: Foram consideradas apenas as respostas válidas.

- (1) Essa categoria foi construída a partir de outras variáveis originais. Considerou-se como plano empresarial aquele pago pelo empregador, ou pelo titular através do emprego atual ou anterior.
- (2) Essa categoria foi construída a partir de outras variáveis originais. Considerou-se como plano individual os casos em que o pagamento é o titular diretamente ao plano, ou outras pessoas, excluídos os planos dos servidores públicos.

**TABELA 49**  
 DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DE ACORDO COM O COSTUME DE  
 PROCURAR O MESMO LUGAR, MÉDICO OU SERVIÇO DE SAÚDE QUANDO  
 PRECISA DE ATENDIMENTO SEGUNDO O RENDIMENTO FAMILIAR MENSAL  
 PER CAPITA - BRASIL - 1998

Renda Familiar Mensal Per Capita (Em Salários Mínimos)	Costuma Procurar o Mesmo Lugar, Médico ou Serviço de Saúde		Não Costuma Procurar o Mesmo Lugar, Médico ou Serviço de Saúde		Total
	Abs	%	Abs.	%	
0	3.075.077	70,37	1.294.865	29,63	4.369.942
Até Meio	26.080.428	66,45	13.166.331	33,55	39.246.759
Mais de Meio Até 1	26.071.303	70,88	10.711.733	29,12	36.783.036
Mais de 1 Até 2	24.925.997	72,66	9.381.135	27,34	34.307.132
Mais de 2 Até 3	10.472.715	74,12	3.656.788	25,88	14.129.503
Mais de 3 Até 5	8.981.756	75,13	2.973.480	24,87	11.955.236
Mais de 5 Até 10	6.531.905	78,44	1.795.046	21,56	8.326.951
Mais de 10 Até 20	2.330.247	80,50	564.456	19,50	2.894.703
Mais de 20	816.411	80,03	203.692	19,97	1.020.103
<b>Total</b>	<b>109.285.839</b>	<b>71,41</b>	<b>43.747.526</b>	<b>28,59</b>	<b>153.033.365</b>

Fonte: PNAD/IBGE, 1998 (microdados)

Nota: Foram consideradas apenas as respostas válidas.

TABELA 50

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR COBERTURA POR PLANO DE SAÚDE E DECLARAÇÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE  
SEGUNDO O RENDIMENTO FAMILIAR MENSAL PER CAPITA - BRASIL - 1998

Renda Familiar Mensal Per Capita (Em Salários Mínimos)	População coberta por plano de saúde					População não coberta por plano de saúde				
	Deixou de realizar atividades habituais por doença		Não deixou de realizar atividades habituais por motivo de doença		Total	Deixou de realizar atividades habituais por doença		Não deixou de realizar atividades habituais por motivo de doença		Total
	Abs.	%	Abs.	%		Abs.	%	Abs.	%	
0	19.692	7,02	260.671	92,98	280.363	265.730	6,50	3.823.849	93,50	4.089.579
Até Meio	95.427	7,50	1.176.374	92,50	1.271.801	2.483.551	6,54	35.490.593	93,46	37.974.144
Mais de Meio Até 1	304.755	7,25	3.897.640	92,75	4.202.395	2.275.813	6,99	30.303.917	93,01	32.579.730
Mais de 1 Até 2	580.843	6,36	8.556.007	93,64	9.136.850	1.498.796	5,95	23.671.486	94,05	25.170.282
Mais de 2 Até 3	363.135	6,08	5.608.382	93,92	5.971.517	455.682	5,59	7.701.634	94,41	8.157.316
Mais de 3 Até 5	404.285	5,88	6.475.954	94,12	6.880.239	249.137	4,91	4.826.438	95,09	5.075.575
Mais de 5 Até 10	334.771	5,52	5.726.435	94,48	6.061.206	129.468	5,72	2.135.717	94,28	2.265.185
Mais de 10 Até 20	131.844	5,51	2.262.709	94,49	2.394.553	29.515	5,90	470.635	94,10	500.150
Mais de 20	49.509	5,51	849.048	94,49	898.557	6.776	5,57	114.770	94,43	121.546
Total	2.284.261	6,16	34.813.220	93,84	37.097.481	7.394.468	6,38	108.539.039	93,62	115.933.507

Fonte: PNAD/IBGE, 1998 (microdados)

Nota: Foram consideradas apenas as respostas válidas.

TABELA 51

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO QUE PROCUROU E NÃO CONSEGUIU ATENDIMENTO NA PRIMEIRA VEZ, POR COBERTURA POR PLANO DE SAÚDE E SEGUNDO O MOTIVO DO NÃO ATENDIMENTO - BRASIL - 1998

Motivo Porque Não Foi Atendido	Cobertura por Plano de Saúde					
	Com Cobertura		Sem Cobertura		Total	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Não Conseguiu Vaga ou Senha	35.372	40,95	309.428	46,37	344.800	45,75
Não Tinha Médico Atendendo	19.703	22,81	196.461	29,44	216.164	28,68
Não Tinha Serviço ou Profissional Especializado	4.717	5,46	43.474	6,51	48.191	6,39
O Serviço ou Equipamento Não Estava Funcionando	2.077	2,40	25.674	3,85	27.751	3,68
Não Podia Pagar	570	0,66	7.113	1,07	7.683	1,02
Esperou Muito e Desistiu	3.833	4,44	35.235	5,28	39.068	5,18
Outros	20.098	23,27	49.935	7,48	70.033	9,29
Total	86.370	100,00	667.320	100,00	753.690	100,00

Fonte: PNAD/IBGE, 1998 (microdados)

Nota: Foram consideradas apenas as respostas válidas.

TABELA 52

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE POR COBERTURA POR PLANOS DE SAÚDE E  
SEGUNDO O TIPO DE ATENDIMENTO - BRASIL

Serviços de saúde utilizados	Cobertura por plano de saúde					
	Cobertos		Não Cobertos		Total da população	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Atendimento de saúde nas duas últimas semanas	7.148.583	18,48	12.636.445	10,57	19.785.028	12,51
Internação nos últimos doze meses	3.110.586	8,04	7.871.100	6,59	10.981.686	6,94
consultas médicas nos últimos doze meses	27.638.902	71,46	58.869.113	49,27	86.508.015	54,69
Total da população	37.898.071		79.376.658		117.274.729	

Fonte: PNAD/IBGE, 1998 (microdados)



TABELA 53

PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO QUE RECEBEU ATENDIMENTO DE SAÚDE NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS POR COBERTURA POR PLANO DE SAÚDE E SEGUNDO O TIPO DE ATENDIMENTO - BRASIL - 1998

Tipo de Atendimento Recebido	Cobertura do Atendimento por Plano de Saúde		
	Coberto	Não Coberto	Total
Consulta Médica	75,19	65,18	67,86
Consulta Odontológica	6,99	12,65	11,13
Consulta de Agente Comunitário de Saúde ou de Parteira	0,00	0,10	0,07
Consulta de Outro Profissional de Saúde	1,77	1,13	1,30
Consulta na Farmácia	0,03	1,89	1,39
Vacinação	0,40	3,80	2,89
Injeções, Curativos, Medição de Pressão ou Outro Atendimento	2,03	3,86	3,37
Cirurgia em Ambulatório	1,36	0,77	0,93
Gesso ou Imobilização	1,30	1,06	1,12
Internação Hospitalar	1,45	2,43	2,16
Exames Complementares	8,59	5,64	6,43
Outros	0,90	1,50	1,34
Total	100,00	100,00	100,00

Fonte: PNAD/IBGE, 1998 (microdados)

Nota: Foram consideradas apenas as respostas válidas daqueles que possuem de saúde.

**TABELA 54**  
**DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO QUE RECEBEU ATENDIMENTO DE SAÚDE OU QUE FOI**  
**INTERNADA POR COBERTURA POR PLANO DE SAÚDE, SEGUNDO A FORMA DE**  
**ATENDIMENTO - BRASIL - 1998**

Formas de atendimento	Com Cobertura por Plano de Saúde				Sem Cobertura por Plano de Saúde			
	Recebeu Atendimento de Saúde		Foi Internado		Recebeu Atendimento de Saúde		Foi Internado	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Pelo Plano	5.272.750	75,03	2.479.508	82,01	-	-	-	-
Pelo SUS	652.483	9,28	389.178	12,87	9.173.279	75,73	6.448.930	87,66
Outros	1.102.743	15,69	154.609	5,11	2.939.748	24,27	908.197	12,34
Total	7.027.976	100,00	3.023.295	100,00	12.113.027	100,00	7.357.127	100,00

Fonte: A2PNAD/IBGE, 1998 (microdados)

Notas: Foram consideradas apenas as respostas válidas, excluídas as inconsistências e respostas "ignorado".

Sinal (-): Dado igual a zero não resultante de arredondamento.

TABELA 55

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO QUE RECEBEU ATENDIMENTO DE SAÚDE PELA CONDIÇÃO DE ATIVIDADE, OCUPAÇÃO E TIPO DE ATIVIDADE E SEGUNDO A COBERTURA PELO SUS  
- BRASIL - 1998

Cobertura do atendimento de saúde	Condição de atividade						Condição de ocupação						Atividade do Trabalho Principal					
	Economicamente ativas		Não-economicamente ativas		Total		Ocupadas		Desocupadas		Total		Agrícola		Não Agrícola		Total	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Atendimento pelo SUS	4.184.826	45,05	3.258.199	49,98	7.443.025	47,08	3.855.313	44,51	328.553	52,29	4.183.866	45,04	1.012.943	66,20	2.839.895	39,85	3.852.838	44,51
Atendimento Não Realizado pelo SUS	4.744.640	51,07	3.008.628	46,15	7.753.268	49,04	4.468.154	51,59	276.686	44,04	4.744.840	51,08	395.699	25,86	4.070.145	57,12	4.465.844	51,59
Não sabe	360.472	3,88	252.337	3,87	612.809	3,88	337.397	3,90	23.075	3,67	360.472	3,88	121.495	7,94	215.902	3,03	337.397	3,90
<b>Total</b>	<b>9.289.938</b>	<b>100,00</b>	<b>6.519.164</b>	<b>100,00</b>	<b>15.809.102</b>	<b>100,00</b>	<b>8.660.864</b>	<b>100,00</b>	<b>628.314</b>	<b>100,00</b>	<b>9.289.178</b>	<b>100,00</b>	<b>1.530.137</b>	<b>100,00</b>	<b>7.125.942</b>	<b>100,00</b>	<b>8.656.079</b>	<b>100,00</b>

Fonte: PNAD/IBGE, 1998 (microdados)

Nota: Foram consideradas apenas as respostas válidas.

**TABELA 56**  
**DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO QUE TEVE ATENDIMENTO DE SAÚDE OU**  
**INTERNAÇÕES POR COBERTURA PELO SUS E SEGUNDO A RENDA FAMILIAR**  
**PER CAPITA - BRASIL - 1998**

Renda Familiar Mensal Per Capita (Em Salários Mínimos)	Atendimentos de saúde			Internações		
	Pelo SUS		Total de Atendimentos	Pelo SUS		Total de Internações
	Abs.	%		Abs.	%	
0	397.373	72,26	549.930	402.541	79,67	505.246
Até Meio	2.952.367	78,13	3.778.549	2.451.877	87,06	2.816.229
Mais de Meio Até 1	2.927.201	67,03	4.366.868	2.066.504	77,12	2.679.451
Mais de 1 Até 2	2.244.198	49,65	4.520.420	1.271.861	58,23	2.184.222
Mais de 2 Até 3	656.530	31,91	2.057.516	339.694	36,93	919.725
Mais de 3 Até 5	316.571	17,18	1.842.741	157.190	20,77	756.687
Mais de 5 Até 10	130.524	8,85	1.475.024	70.978	13,24	536.230
Mais de 10 Até 20	21212	3,86	549.986	20.445	9,51	214.932
Mais de 20	3630	1,51	240.580	2.901	3,80	76.432
Total	9.649.606	49,79	19.381.614	6.783.991	63,47	10.689.154

Fonte: PNAD/IBGE, 1998 (microdados)

Nota: Foram consideradas apenas as respostas válidas.

TABELA 57

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO QUE RECEBEU ATENDIMENTO DE SAÚDE OU QUE FOI INTERNADA PELO SUS SEGUNDO A OCUPAÇÃO NO TRABALHO PRINCIPAL - BRASIL - 1998

Ocupação Principal	Atendimento de Saúde			Internação		
	Através do SUS		Total de Atendimentos	Através do SUS		Total de Internações
	Abs.	%		Abs.	%	
Conta Própria	918.726	23,19	1.783.070	712.689	24,28	1.057.350
Empregado com Carteira	876.393	21,95	2.698.688	557.733	18,77	1.241.314
Empregado Sem Carteira	705.985	17,87	1.307.566	520.297	17,63	745.084
Doméstico Sem carteira	471.277	11,90	650.090	350.701	11,99	424.489
Trabalho Não Remunerado	381.703	9,66	631.646	298.382	10,12	400.077
Produção para Consumo Próprio	277.898	7,05	419.918	271.695	9,32	351.265
Funcionário Público Estatutário	161.536	3,84	716.542	93.280	3,04	332.205
Doméstico com Carteira	108.341	2,73	177.958	84.214	2,90	105.544
Empregador	55.072	1,40	387.901	48.824	1,66	189.048
Construção para Uso Próprio	11.506	0,29	18.723	3.666	0,13	11.501
Militar	925	0,02	25.051	1.420	0,05	16.324
Sem Declaração	2.475	0,06	5.111	2.450	0,08	2.928
Doméstico Sem Declaração de Carteira	533	0,01	1.692	-	-	580
Empregado Sem Declaração de Carteira	533	0,01	1.113	498	0,02	498
Total	3.972.903	100,00	8.825.069	2.945.849	100,00	4.878.207

Fonte: PNAD/IBGE, 1998 (microdados)

Nota: Sinal (-): dado igual a zero não resultante de arredondamento

TABELA 58

PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO COBERTA POR PLANO DE SAÚDE E QUE RECEBEU ATENDIMENTO DE SAÚDE OU SE INTERNOU POR FORMA DE ATENDIMENTO E SEGUNDO O RENDIMENTO FAMILIAR MENSAL PER CAPITA - BRASIL - 1998

Renda Familiar Mensal Per Capita (Em Salários Mínimos)	Atendimento de Saúde					Internação				
	Coberto pelo Plano de Saúde	Pelo SUS	Outras (1)	Total		Coberto pelo Plano de Saúde	Pelo SUS	Outras (1)	Total	
				%	Abs.				%	Abs.
0	63,83	20,81	15,36	62.255	100,00	66,00	24,20	9,80	44.145	100,00
Até Meio	61,53	30,43	8,04	179.558	100,00	60,33	34,88	4,79	116.398	100,00
Mais de Meio Até 1	66,63	22,61	10,76	657.008	100,00	68,47	26,31	5,22	358.576	100,00
Mais de 1 Até 2	74,54	14,79	10,67	1.563.883	100,00	79,04	17,36	3,60	742.392	100,00
Mais de 2 Até 3	77,62	8,60	13,78	1.058.065	100,00	85,05	9,94	5,01	463.315	100,00
Mais de 3 Até 5	79,86	4,22	15,92	1.281.312	100,00	88,62	5,57	5,82	516.429	100,00
Mais de 5 Até 10	78,12	3,00	18,88	1.203.753	100,00	89,51	4,38	6,10	425.622	100,00
Mais de 10 Até 20	71,47	1,47	27,05	493.466	100,00	91,32	3,09	5,59	186.088	100,00
Mais de 20	69,46	0,84	29,70	220.958	100,00	92,05	2,19	5,76	65.833	100,00
Total	75,07	9,49	15,44	6.720.258	100,00	82,05	12,85	5,10	2.918.798	100,00

Fonte: PNAD/IBGE, 1998 (microdados)

Notas: Elaboração a partir da combinação das variáveis originais, considerando apenas as respostas válidas e excluindo as inconsistências.

(1) Categoria construída a partir de cruzamentos entre as variáveis originais da PNAD. Pelo menos na maioria dos casos deve se referir ao desembolso direto.

TABELA 59

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO QUE TEVE ATENDIMENTO DE SAÚDE POR COBERTURA POR PLANO DE SAÚDE E FORMA DE ATENDIMENTO SEGUNDO O TIPO DE ATENDIMENTO - BRASIL - 1998

Tipo de Atendimento	Coberta por Plano de Saúde				Não Coberta por Plano de Saúde			Total
	Atendido pelo Plano de Saúde	Atendido pelo SUS	Outros (1)	Total	Atendido pelo SUS	Outros (1)	Total	
	%	%	%	Abs.	%	%	Abs.	
Consulta Médica	83	9	7	4.768.471	81	19	8.256.373	13.024.844
Consulta Odontológica	37	4	59	984.375	42	58	1.171.667	2.156.042
Consulta de Outro Profissional de Saúde	75	5	20	127.163	67	33	122.268	249.431
Consulta na Farmácia	4	4	92	37.182	4	96	236.437	273.619
Consulta de Agente Comunitário de Saúde ou de Parteira	0	0	100	1.152	49	51	12.247	13.399
Vacinação	26	60	14	80.832	89	11	420.426	501.258
Injeções, Curativos, Medição de Pressão ou Outro Atendimento	65	21	14	162.243	79	21	478.119	640.362
Cirurgia em Ambulatório	90	7	3	76.978	84	16	100.522	177.500
Gesso ou Imobilização	81	15	4	85.332	85	15	130.503	215.835
Internação Hospitalar	79	16	6	94.503	87	13	314.199	408.702
Exames Complementares	85	7	8	530.863	80	20	693.635	1.224.498
Outros	60	13	26	77.892	58	42	174.447	252.339
Total	75	9	16	7.026.986	76	24	12.110.843	19.137.829

Fonte: PNAD/IBGE, 1998 (microdados)

Notas: Consideradas apenas as respostas válidas e excluídas as inconsistências.

(1) Categoria construída a partir de cruzamentos entre as variáveis originais da PNAD.

TABELA 60

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO QUE RECEBEU ALGUM ATENDIMENTO DE SAÚDE POR PAGAMENTO E SEGUNDO O TIPO DE ATENDIMENTO - BRASIL - 1998

Tipo de Atendimento Recebido	Forma de Atendimento											
	Pelo SUS			Coberto pelo plano			Outros			TOTAL		
	Pagou pelo Atendimento	Não Pagou pelo	total	Pagou pelo Atendimento	Não Pagou pelo	total	Pagou pelo Atendimento	Não Pagou pelo	total	Pagou pelo Atendimento	Não Pagou pelo	total
	%	%		%	%		%	%		%		
Consulta Médica	1,41	98,59	7.139.731	11,76	88,24	3.974.650	52,79	47,21	1.910.784	12,11	87,89	13.025.165
Consulta Odontológica	1,81	98,19	534.661	21,50	78,50	364.116	75,88	24,12	1.257.265	48,33	51,67	2.156.042
Consulta de Agente Comunitário de Saúde ou de Parteira	0,00	100,00	6.048	-	-	-	20,13	79,87	7.351	9,68	90,32	31
Consulta de Outro Profissional de Saúde	3,95	96,05	88.329	11,83	88,17	94.782	64,19	35,81	66.320	22,96	77,04	249.431
Consulta na Farmácia	2,80	97,20	11.377	0,00	100,00	1.439	29,77	70,23	260.803	-	71,51	273.619
Vacinação	0,40	99,60	423.953	5,27	94,73	20.847	14,47	85,53	56.458	2,19	97,81	501.258
Injeções, Curativos, Medição de Pressão ou Outro Atendimento	1,47	98,53	410.572	8,62	91,38	105.600	36,58	63,42	124.190	9,46	90,54	640.362
Cirurgia em Ambulatório	3,87	96,13	89.506	15,96	84,04	69.602	72,95	27,05	18.392	15,77	84,23	177.500
Gesso ou Imobilização	3,24	96,76	123.293	7,22	92,78	69.043	39,49	60,51	23.499	8,46	91,54	215.835
Internação Hospitalar	3,97	96,03	289.177	13,87	86,13	74.230	59,91	40,09	45.295	11,97	88,03	408.702
Exames Complementares	2,25	97,75	593.916	10,56	89,44	451.095	55,52	44,48	179.487	13,12	86,88	1.224.498
Outros	1,49	98,51	111.907	10,10	89,90	46.945	36,73	63,27	93.217	16,13	83,87	252.069
Total	1,59	98,41	9.822.470	12,25	87,75	5.272.349	57,43	42,57	4.043.061	16,32	83,68	19.137.880

Fonte: PNAD/IBGE, 1998 (microdados)

Notas: Foram consideradas apenas as respostas válidas.

(-) Dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento.

TABELA 61

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO QUE RECEBEU ATENDIMENTO DE SAÚDE POR PAGAMENTO E SEGUNDO O TIPO DE ATENDIMENTO - BRASIL - 1998

Período de Internação (1)	Cobertura de Plano de Saúde					
	Com Cobertura		Sem Cobertura		Total	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
1 a 7 dias	2.321.174	85,52	6.737.588	81,27	9.058.762	82,32
8 a 14 dias	216.385	7,97	802.226	9,68	1.018.611	9,26
15 a 21 dias	86.988	3,20	331.251	4,00	418.239	3,80
22 a 29 dias	14.687	0,54	73.499	0,89	88.186	0,80
Entre 1 Mês e 1 Mês e 7 Dias	30.736	1,13	136.795	1,65	167.531	1,52
Entre 1 Mês e 8 Dias e 1 Mês e 14 Dias	3.941	0,15	26.690	0,32	30.631	0,28
Entre 1 Mês e 15 Dias a 1 Mês e 29 Dias	7.850	0,29	43.178	0,52	51.028	0,46
Entre 2 e 3 Meses	11.198	0,41	83.157	1,00	94.355	0,86
3 Meses ou Mais	21.266	0,78	56.000	0,68	77.266	0,70
Total	2.714.225	100,00	8.290.384	100,00	11.004.609	100,00

Fonte: PNAD/IBGE, 1998 (microdados)

Notas: Foram consideradas apenas as respostas válidas.

TABELA 62

PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO QUE RECEBEU ATENDIMENTO DE SAÚDE POR FORMA DE ATENDIMENTO E PAGAMENTO PELO SERVIÇO, SEGUNDO A AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO. BRASIL- 1998

Avaliação do Atendimento	Forma de atendimento		Pagamento pelo atendimento (1)			
	Coberto por plano de saúde	Pelo SUS	Pagou pelo atendimento	Não pagou pelo atendimento	Total	
					%	%
Muito Bom	35,99	15,99	36,73	22,50	4.881.998	24,76
Bom	57,88	65,09	56,41	62,91	12.198.460	61,87
Regular	5,46	15,53	5,81	12,06	2.180.792	11,06
Ruim	0,53	2,28	0,85	1,70	308.549	1,57
Muito Ruim	0,14	1,12	0,19	0,84	145.057	0,74
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	19.714.856	100,00

Fonte: PNAD/IBGE, 1998 (microdados)

Notas: Foram consideradas apenas as respostas válidas.

(1) Nessa categoria podem estar incluídos atendidos pelo SUS ou por plano de saúde.



## ABSTRACT

The objective of this study is to construct an interpretation of the institutional development of health care in Brazil which, despite policies formally guaranteeing free and universal access to the public system, is characterized by the coexistence of public and private segments, resulting in differentiated forms of access. Health care policies are seen as the key factor when examined through the concept of trajectory dependence according to which initial policies affected the sequence of later choices and, by way of their different institutional and political effects, condition present policy. Based on this methodological and theoretical perspective which takes into account historical process, the trajectory of health care policy is analyzed in order to identify its feedback effects and the interplay between decision making and institutional arrangements taking place at crucial moments of policy redefinition. Such arrangements are seen as establishing the parameters defining later policy choices. This trajectory is divided into three moments: the emergence of the segmented public/private model in the 1960s; health policy reform in the 1980s; and the implementation of reform in the 1990s, along with the elaboration of regulations relating to supplementary health care. An attempt is made at identifying the mechanisms by which established policy goes on to affect later development through a series of interconnected effects: the effects of health policy on the wider political process of modeling social identities and distinctions, as well as on the structuring of private interests; the lock-in effects of certain procedural patterns; the effects on the capacity of the various federal administrations in office over the period under study; and the cognitive effects of experience with a dual system of health care leading to interpretive models which function as *pos facto* justifications for preference for private care. One consequence of these effects was that the sanitary reform elaborated in the 1980s resulted in a process of limited innovation, characterized both by a discontinuity linked to the wider politics of redemocratization and to the looming crisis in the health care sector and by continuity as defined by the legacy of past policy. The dual trajectory of health care in Brazil during the last four decades of the twentieth century was consolidated at the end of the 1990s with the establishment of regulatory policies relating to the private sector – policies which formalized this duality in the legal, normative, political and institutional sense. This interpretation challenges those explanations which posit a certain convergence in the recent development of social policy based on privatization within the context of the overall reform of the state and resultant policies. This study indicates that in the case of Brazil the expansion of private

care has its roots in internal factors related to the trajectory of health care policy itself. Privatization began long before the reform of the state and was concomitant with the expansion of public health care.