

A presença do Estado no setor saúde no Brasil¹

RSP

Revista do
Serviço
Público

Ano 49
Número 3
Jul-Set 1998

Susete Barboza França

1. Introdução

A participação do Estado na área de saúde é invariavelmente elevada e em muitos países vem-se ampliando, principalmente em decorrência da elevação dos custos do setor. A experiência histórica do Brasil, neste campo, é de um Estado provedor fraco, voltado quase que exclusivamente para o financiamento da assistência médica prestada por terceiros e com baixo grau de regulação do setor público e privado.

Nos anos 80, entretanto, iniciou-se no país um processo de mudanças na saúde, que buscou fortalecer a atuação regulatória e de provisão direta do Estado, em detrimento de seu papel financiador de serviços realizados pelo setor privado. Este artigo procura discutir estas mudanças, a partir da leitura de alguns autores que tratam da intervenção do Estado na saúde, enquanto modelo teórico, procurando estabelecer algumas pontes entre estes estudos e o processo histórico que culminou no Sistema Único de Saúde — SUS.

Desta forma, observa-se que dos anos 30 até o início dos anos 80, o modelo hegemônico de proteção social e atenção médica no Brasil caracterizava-se por ser de base contratualista — o modelo previdencialista — que, embora tripartite, baseava-se principalmente na contribuição sobre a folha de salários dos trabalhadores formais. Quem não contribuía para a Previdência Social estava automaticamente fora da cobertura dos serviços e da proteção estatal. Neste período,

“...consagrou-se a vinculação inversa entre acumulação e equidade, e a consequência foi que quanto melhor aquinhoadas a categoria profissional na esfera da produção, melhor se posicionaria na esfera da compensação (com benefícios e assistência médica).” (Siqueira, 1987:37).

Socióloga,
Mestre em
Administração
pela UFMG e
pesquisadora.

Assim, a política social no Brasil do pós-30 inserir-se-ia nos marcos do que Santos (1987) definiu como “cidadania regulada”: eram cidadãos todos aqueles com ocupações ou profissões reconhecidas e definidas por lei, ou seja, quem estava inserido no mercado formal de trabalho. O Estado “definia quem era e quem não era cidadão, via profissão.” Mais tarde, essa distinção passou a ser feita via salário (Santos, 1987:70).

Nos anos 80, a crise econômica e a democratização impulsionaram a crítica e o rompimento com o caráter excludente do modelo anterior. O modelo universalista, de cidadania plena, “nasce a partir do momento em que se identifica trabalhador como cidadão, onde o estatuto do trabalho passa a abranger toda a sociedade, os laços de regulação formal estendem-se à toda a sociedade...” (Médici, 1994:220).

Médici (1993) define quatro modelos de intervenção do Estado na saúde, a partir dos anos 70, compreendidos em momentos simultâneos: o primeiro período estende-se entre 1974 e 1982, quando o modelo centralizado é ainda hegemônico. É um período caracterizado por altas taxas de crescimento da economia, mas já em ritmo declinante em relação ao período anterior — um rescaldo do chamado “milagre econômico”.

Mas entre 1981 e setembro de 1984, o país vivencia uma crise econômica explícita, e é quando se iniciam as políticas racionalizadoras na saúde e as mudanças de rota com o CONASP/Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária e as AIS/Ações Integradas de Saúde.

Este é um momento tumultuado na saúde, tendo em vista a quebra da hegemonia do modelo anterior. Assim, o segundo período abre-se em 1983 e desdobra-se até 1986, englobando as AIS e a gestação do SUDS/Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, o que conformaria o modelo de transição.

Entre 1987 e 1989, o SUDS se consolida, e é promulgada a Constituição de 1988, o que caracterizaria o modelo descentralizado. Este terceiro modelo desenvolve-se numa fase de recuperação da economia, quando os gastos federais com saúde atingem patamares mais elevados, em decorrência da implantação do SUDS e a transferência de recursos aos Estados. Este é um momento de rearranjo e consolidação da hegemonia dos novos grupos de poder no interior do aparato estatal da saúde e de consolidação da reforma sanitária brasileira, com o SUS.

Por fim, o quarto momento, que abarca o Governo Collor — de 1990 a 1992 — caracteriza-se por um interregno nas mudanças do setor, com nova queda nas taxas da economia e compressão dos recursos para a saúde. É o período de um padrão de intervenção estatal na saúde, denominado, ainda segundo Médici (1993), como modelo de descentralização tutelada, quando os recursos voltam a ser negociados de forma clientelista, com a ressurreição do mecanismo convencional.

A partir de 1993, entretanto, ocorre uma agilização das reformas na saúde, com a extinção do INAMPS, reorganização do sistema e aprofundamento da municipalização da saúde, configurando uma nova fase de mudanças no setor (Caleman *et al.*, 1995).

2. A especificidade do setor saúde

Mintzberg (1989) construiu uma tipologia a partir de um estudo empírico, identificando as organizações de saúde, especificamente os hospitais (e também as universidades), como “burocracias profissionais”, uma vez que dependem basicamente de seus operadores para funcionar — o médico é o componente-chave. Nestas organizações, o trabalho operacional é complexo, exige alto nível de qualificação e é diretamente controlado pelos que o executam — o centro de decisão está nas mãos dos operadores. Isto é, embora necessitem de serviços de apoio, os profissionais gozam de relativa autonomia, “podem produzir quase sem os outros componentes da organização.” (Dussault, 1992:11). Nas organizações profissionais, portanto,

“o poder é consequência da perícia, e não da função ou hierarquia [...] Os profissionais controlam não só o seu próprio trabalho, mas também as decisões administrativas que os afetam.” (Azevedo, 1995:36).

O que também distingue a organização hospitalar é o atendimento a necessidades complexas e variáveis em relação à clientela e ao tipo de patologia. Os resultados dos serviços não são facilmente mensurados e a sua prestação comporta uma dimensão ética importante, tanto ligada aos direitos do usuário, quanto uma ética administrativa ligada à escolha das prioridades (Dussault, 1992). Já para Azevedo (1995), as organizações hospitalares têm especificidades decorrentes do ambiente em que se inserem e do seu processo de trabalho — são organizações extremamente complexas.

Se os hospitais são organizações complexas e singulares, o setor saúde diferencia-se de outras áreas econômicas por produzir bens e serviços que se configuram como espaço de interesse, tanto público, quanto privado. Isto é, em seu interior realizam-se determinados produtos e serviços passíveis de transação no mercado — trata-se de “mercadoria a ser trocada entre produtor e consumidor, conferindo-lhe uma dimensão de bem privado.” Mas estes mesmos bens e serviços têm também uma dimensão pública, quando se conformam em direito de cidadania. As ações de saúde coletiva são as que melhor se encaixam nesta dimensão pública, ao passo que as ações de saúde individuais se apresentam como direito social e, ao mesmo tempo, podem ser

comercializadas no mercado como um bem privado, movido, como outro qualquer, pela lógica do lucro (Pereira, 1996:427).

O mercado de serviços de saúde, entretanto, tem características específicas que o singularizam, e tornam imprescindível a intervenção estatal na sua regulação. Diversos autores discutem e demonstram a sua especificidade (Campos, 1987; Arellano, 1990; Médici, 1992; Barros *et al.*, 1996).

Para um mercado ser considerado tipicamente competitivo é necessário uma série de pressupostos, a começar pela existência de compradores e vendedores bem informados, nenhum deles com poder suficiente para controlar os preços. O modelo de mercado econômico clássico requer um consumidor soberano que controla sua atividade econômica, ao decidir livremente se irá comprar ou não, o que comprar, quando e onde comprar. Mas, na saúde, o consumidor não é livre:

“...a natureza da saúde e da doença limitam muito a soberania do consumidor de serviços de saúde. Como a doença é involuntária e imprevisível, a capacidade do consumidor para decidir que serviços obter é seriamente limitada.” (Arellano, 1990:313).²

Ainda segundo Arellano (1990), o leigo não pode determinar se e que serviços médicos irá necessitar. A única maneira do paciente saber se precisa ou não ir ao médico, é indo ao médico. Ao procurá-lo, ele também não tem qualquer liberdade de escolha sobre que tipo de serviços devem ser realizados e com que frequência. É o médico quem decide, quem controla e determina todo o processo de cura, como também as atividades dos demais envolvidos, como enfermeiras e outros profissionais de saúde, que seguem suas instruções. O consumidor não pode atuar racionalmente neste mercado, já que ele não tem os conhecimentos técnicos necessários sobre a qualidade e o preço do serviço, que lhe permitiria selecionar entre diversas alternativas. Ele aceita transferir ao médico o poder na escolha dos bens e serviços a serem consumidos. Desta forma,

“Longe de ser soberano, incapaz de prever o momento em que vai consumir cuidados, desconhecendo a incidência da doença e a eficácia do tratamento, o consumidor revela uma enorme dependência face ao prestador.” (Campos, 1987:12).

O preço dos serviços é, em geral, determinado por fatores externos ao mercado, e o Estado é invariavelmente o grande comprador, fixando padrões, normas de qualidade e preços (Médici, 1992).

Outra característica deste mercado é a associação estreita entre procura e oferta — uma parte significativa da procura pode ser induzida pela oferta. Assim, quanto maior a disponibilidade de recursos, como médicos e leitos, maior a demanda por serviços.

Por fim, pode-se observar uma terceira característica deste mercado: o consumo individual de cuidados de saúde pode ter um efeito externo. É o caso da vacinação: “o benefício da vacinação não se limita ao indivíduo que a recebe, mas a toda a comunidade, pela quebra da cadeia de contágio.” (Campos, 1987:12).

Nesta perspectiva, o Estado procura intervir no mercado de saúde, para reduzir as desigualdades que têm origem na dependência do consumidor em relação ao prestador de serviços de saúde — visando corrigir as “imperfeições” e a “perversidade” deste mercado — isto é, a tendência a penalizar determinadas regiões, serviços e consumidores que não são atrativos para a iniciativa privada, dado seu alto custo ou baixa rentabilidade. Além disso, a responsabilidade estatal no campo da saúde vem crescendo em todos os países, em decorrência da excessiva elevação dos custos, com a incorporação de novas tecnologias (Barros *et al.*, 1996).

3. Estado e regulação na saúde

A atuação do Estado na saúde configura-se, tanto no Brasil quanto na maioria dos países, basicamente por três formas: primeiramente, na prestação direta de serviços; em segundo, no financiamento da provisão por meio da compra de serviços privados e, por último, na regulação do mercado de saúde, estabelecendo normas, preços e padrões de qualidade (Médici, 1992; Barros *et al.*, 1996).

Segundo Barros *et al.* (1996:24), o exercício da regulação é uma atividade extremamente complexa, envolvendo fatores tecnológicos, jurídicos, éticos e também econômicos, devido a variedade de interesses presentes. Este seria o componente estrutural da complexidade da regulação. Outros dois fatores apontados pela autora seriam conjunturais e específicos da reforma sanitária brasileira.

Assim, a regulação tornou-se ainda mais complexa com o SUS, porque passou a ser competência concorrente das três esferas de governo, e “nem sempre é fácil definir com clareza o que cabe a cada uma”. Em tese, a União deveria restringir-se às diretrizes gerais, mas algumas questões importantes para o funcionamento do sistema não podem ser resolvidas no nível local ou estadual, e torna-se tarefa complicada estabelecer estas diferenciações entre as instâncias de governo. (Barros *et al.*, 1996:24).

Por fim, a regulação é tarefa complexa também, porque não são nítidos os seus limites. Isto é, apesar da Constituição de 1988 condicionar a liberdade da assistência à saúde ao seu caráter de serviço de relevância pública, na prática, para a instalação e funcionamento de uma instituição prestadora de serviços de saúde, basta obter um alvará de funcionamento,

que poucas restrições faz ao livre-arbítrio: “Para obtê-lo, pouco importa a prioridade do empreendimento, a adequação social de sua localização ou os padrões técnicos dos serviços e a qualificação dos profissionais que os prestam.” (Barros *et al.*, 1996:25).

Mas a razão estrutural — a variedade de interesses presentes — é que mantém este exercício como uma atividade infinita de combinações, aproximações e rompimentos entre os atores participantes. Para Contandriopoulos (1996), a regulação é um jogo permanente de negociação entre as quatro grandes lógicas inerentes ao sistema de saúde, que são, em grande parte, incompatíveis entre si ou representam interesses inconciliáveis:

“A regulação do sistema de saúde é permanentemente a consequência da tensão que existe entre as quatro lógicas de regulação: a do *mercado*, a *tecnocrática*, a *profissional* e a *política*. Cada uma destas lógicas corresponde à racionalidade dominante de um dos quatro grupos de atores — a população; os organismos pagadores e o aparelho governamental; os profissionais e as organizações em que trabalham e o Estado — cujas interações e trocas [...] delimitam e estruturam o sistema de saúde.” (Contandriopoulos, 1996:54).

Ao discutir a crise que atinge os sistemas de saúde em todos os países desenvolvidos, a partir da experiência do Canadá, este autor distingue a existência simultânea de várias crises: de financiamento, de regulação, de conhecimentos e de valores. A crise de regulação está intimamente relacionada às outras três, mas tem um detonador interno ligado aos interesses divergentes que acolhe.

Segundo o autor, desde o triunfo da medicina científica, é a lógica profissional que domina a regulação do sistema de saúde, na medida que são os médicos que detêm o conhecimento e técnicas de cura. Mas, por volta dos anos 60, a maior preocupação com a universalização dos serviços abriu espaço para o crescimento da lógica tecnocrática, que passou a ameaçar o monopólio do saber clínico. A partir dos anos 70, houve uma mudança de perspectiva em relação aos problemas de saúde, que passaram a ser vistos como tendo origem também no ambiente e hábitos de vida das populações, o que acabou por fortalecer a lógica política. Neste período, a cobertura universal dos serviços e a elevação dos custos provocaram um enorme crescimento das despesas. A preocupação central não era mais ampliar a oferta de serviços e sim “encontrar um equilíbrio aceitável entre a quantidade, os custos e a qualidade dos serviços. O controle das despesas, a racionalidade e a eficiência tornam-se palavras-chave.” (Contandriopoulos, 1996:56).

Na década de 70/80, a crise do Estado assistencial nos países social-democratas europeus recolocou a discussão das políticas sociais e da

intervenção estatal em novos moldes. O debate polarizou-se entre estatização e privatização, ou entre o cenário “social-estatista” e o cenário “liberal” (Rosanvalon, 1984). A tendência atual, entretanto, é de rompimento das fronteiras que separam as duas propostas.

Para Rosanvalon (1984:87), a crise econômica tende a fortalecer as alternativas de “redução da cobertura social e, portanto, uma privatização crescente.[...] O cenário social-estatista enfrentaria graves dificuldades financeiras na situação atual.” O autor considera que nem um nem outro cenário são aceitáveis: manter as políticas sociais num quadro de crise teria um efeito perverso, acabando por “multiplicar as desigualdades”, enquanto que o efeito imediato do cenário liberal é a regressão social. Segundo o autor, para sair do dilema estatização/privatização:

“É preciso tirar das nossas cabeças a idéia de que serviço coletivo = Estado = não mercantil = igualdade e de que serviço privado = mercado = lucro = desigualdade. O futuro do Estado-providência passa pela definição de uma nova combinação destes diferentes elementos.” (Rosanvalon, 1984:89).

Na esteira desta discussão está a redefinição do público e do privado. Mendes (1996), ao propor uma agenda de reformas para o SUS, coloca que:

“Os espaços sociais estão tradicionalmente delimitados pela forma como se dá a propriedade dos meios de produção. Daí que surgem os espaços público e privado, onde o público representa o que pertence ao Estado, ou seja, onde o público é igual a estatal; por outro lado, o privado está conotado, sempre, a mercado.” (Mendes, 1996:100).

Para o autor, esta redução dos espaços sociais a duas dimensões polares, além de dificultar a apreensão da complexidade desta dinâmica, “seja pelo maniqueísmo político-ideológico que lhe é intrínseco, seja pela manipulação que enseja às manifestações de grupos de interesses”, leva também ao imobilismo. (Mendes, 1996:100). Ele propõe três categorias de análise: a estatal, a privada e a pública. A estatal refere-se ao que é pertencente ao Estado e difere do público:

“O espaço público caracteriza-se, do ponto de vista econômico, pela indivisibilidade do bem que deve ser ofertado indistintamente a todos e, do ponto de vista jurídico, pela pactuação do Estado consigo mesmo ou com agentes privados, sob domínio do interesse público...” (Mendes, 1996:100).

E ainda segundo o autor, ao se submeter ao controle da população, o setor privado se publiciza. Portanto, o autor condiciona o estatuto público a

um contrato com o Estado, desde que controlado socialmente. Nestes termos, o setor privado contratado ou conveniado com o SUS se enquadraria como setor público. Mas, por esta definição, a rigor, pouquíssimas instituições de saúde no Brasil seriam públicas, já que o próprio autor adverte para o baixo grau de publicização das instituições integrantes do SUS, dada a debilidade reguladora do Estado. Nem mesmo os estabelecimentos estatais, isto é, aqueles cujo capital pertence exclusivamente ao Poder Público, podem ser considerados *a priori* como públicos:

“Será público um ente estatal penetrado por interesses clientelistas ou corporativos de grupos políticos, de produtores ou de corporações profissionais, onde falece a missão superior de colocar-se a serviço da população?” (Mendes, 1996:101).

Ao mesmo tempo, um hospital privado contratado com o SUS, “que produz os serviços pactuados com eficiência, eficácia e qualidade, não está, sem perder sua razão social privada, prestando serviços públicos?” (Mendes, 1996:101).

O autor considera também que “... não são públicas as [instituições] privadas que não são pactuadas com o Estado, segundo as normas do Direito Administrativo.” (Mendes, 1996:100).

Cabe, portanto, perguntar: se as instituições que integram o SUS deveriam ser públicas, por que também não deveriam ser as demais? A regulação estatal restringe-se aos estabelecimentos pactuados com o Estado, ou deve alcançar as instituições de saúde que ele não financia diretamente, mas que exercem atividade de relevância pública?

Conclui-se, portanto, que a tentativa de superar a dicotomia privatização/estatização pode levar a uma subestimação da importância da natureza jurídica do prestador nesta diferenciação. Se, de um lado, a divisão entre setor público e privado, baseada na natureza jurídica da instituição, não é satisfatória, não esclarece plenamente, não estabelece as diferenças na prática sanitária; por outro, ela diz alguma coisa, e não é pouco. Os hospitais e clínicas particulares integrantes do SUS são contratados, isto é, têm uma relação com o Poder Público de prestadores de serviços, e só poderão ser questionados pelo Estado enquanto tal. A empresa privada, mesmo que pactuada com o Estado e por isso submetida a uma série de injunções, continuará regida segundo as normas do direito privado e movida prioritariamente pela lógica empresarial.

Desta forma, a distinção entre público e privado permanece, passando necessariamente (e não exclusivamente) pela natureza jurídica do prestador, e está presente entre as instituições que integram o SUS, como também a contradição entre lógicas e interesses conflitantes inerentes ao jogo da regulação.

4. As mudanças na política de saúde no Brasil

Até a década de 30, cabia ao Estado cuidar das ações de caráter coletivo, como o saneamento dos portos e as campanhas sanitárias, visando assegurar o controle das endemias que tolhiam o desenvolvimento da economia agroexportadora. A postura assumida pelo Estado era rigidamente atrelada aos princípios do liberalismo de não-intervenção na política trabalhista e social. A assistência médica não era considerada questão de interesse público, e o Estado abstinha-se de um papel regulador direto.

A partir dos anos 30, o Estado passa a intervir de forma crescente na economia e a assumir um novo papel na área social, na procura de legitimidade e hegemonia. Mas é particularmente na década de 50 que se inicia um aprofundamento do modelo de desenvolvimento capitalista adotado, e a ação estatal se direciona no sentido da modernização da estrutura produtiva do país. Para isso, o Estado procurou adequar-se ao seu novo papel. De um lado, como Estado intervencionista, regulador do mercado de trabalho e condutor do processo de industrialização e, de outro, como Estado benfeitor, controlador das classes subalternas, através das leis trabalhistas e das políticas sociais (Vianna, 1978). Ou seja, a provisão de assistência médica é inserida no campo das políticas sociais e “passa a ser considerada uma questão política e, por conseguinte, definida no âmbito da atuação estatal.” (Fleury, 1980:21).

Com o golpe militar de 64, esse modelo atinge seu apogeu com a centralização/concentração do poder no nível federal. A União toma para si todas as tarefas, relegando os Estados e municípios. A reforma tributária de 1966 é a expressão concreta dessa intensa centralização do poder: ela acaba com a coexistência dos três sistemas tributários autônomos — federal, estadual e municipal — o que levou ao aprofundamento da dependência dos Estados e municípios ao poder central.

Esta tendência do conjunto da economia também se refletiu na área da seguridade social, com a centralização dos IAP — Institutos de Aposentadorias e Pensões — em 1966, num único órgão — o INPS/Instituto Nacional da Previdência Social. O Estado passou a assumir claramente o papel regulador do mercado de compra de serviços médicos:

“O processo que vai ocorrer em todos os setores econômicos e também na Previdência Social é a *subordinação crescente da atividade privada às instituições estatais*, ao mesmo tempo em que o Estado passa ao papel regulador destas atividades, propiciando o crescimento e a expansão da iniciativa privada.” (Fleury, 1980:30).

O modelo que se implantou na saúde, de 1966 até o final dos anos 70, é invariavelmente caracterizado como privatizante, centrado no sistema

hospitalar, com elevada utilização de equipamentos, fármacos e tecnologia de ponta e crescente tecnificação e especialização dos recursos humanos, financiado basicamente com recursos da Previdência Social e centralizado no nível federal (Braga, 1981). Neste período, o setor lucrativo na saúde cresceu e se expandiu, vendendo serviços ao Estado, numa relação simbiótica entre burocracia previdenciária e hospitais privados, que irá manter-se, sem maiores contradições, até os anos 80.

Desde a década de 60, o setor privado como um todo vinha crescendo a taxas expressivas, mas a parte mais dinâmica era o segmento lucrativo do setor hospitalar.³ Em 1960, 62,1% dos leitos no país eram privados, dos quais 14,4% com finalidade puramente lucrativa. Em 1976, o IBGE já atribuía ao setor privado 73% dos leitos do país, 34% destes com fins lucrativos (Siqueira, 1985).⁴

O crescimento expressivo da produção de serviços de saúde, neste período, levou ao aumento vertiginoso das despesas e provocou enorme impacto nas contas da Previdência Social. Desde os anos 70, havia uma certa inquietação no interior do Estado com os gastos crescentes na saúde. Os próprios grupos ligados ao setor privado e parte dominante da tecnoburocracia começavam a se preocupar com o crescimento dos custos e a baixa eficiência do setor. A incorporação de grandes contingentes de trabalhadores no sistema, o desenvolvimento de novas tecnologias médicas mais complexas (encarecendo o atendimento) e a má distribuição destes recursos, tornavam a assistência médica previdenciária extremamente onerosa. Tudo isso, num quadro de crise econômica, prognosticava a falência do modelo.

Assim, no final dos anos 70, estava demarcada a diretriz de redução de custos, mas, contraditoriamente, havia uma forte tendência de expansão do atendimento médico para os setores ainda não cobertos. Já no início da década, começara a surgir, ainda fora do aparato estatal, uma corrente contra-hegemônica que preconiza como proposta — para a melhoria da assistência médica no país — a descentralização, articulada à regionalização e à hierarquização dos serviços de saúde e à democratização do sistema, através da extensão de cobertura a setores até então descobertos, como os trabalhadores rurais. O movimento sanitário criticava o modelo hospitalocêntrico e propunha a ênfase em cuidados primários e a prioridade do setor público. Mas é somente na década de 80 que as propostas defendidas pelos sanitaristas passam a prevalecer no discurso oficial.

O movimento sanitário vai ter, portanto, um ponto em comum com os setores até então hegemônicos: a necessidade de racionalizar os gastos com saúde. Do ponto de vista dos sanitaristas, o argumento da racionalização dos gastos podia servir, de um lado, à luta pela quebra do modelo prevalente, uma vez que o setor privado era responsável pelo aumento e pela maior parte das despesas na saúde. De outro lado, possibilitava uma

maior democratização do atendimento médico, estendendo-o à população marginalizada que não contribuía diretamente com a Previdência Social.

Nesta perspectiva, para os principais intelectuais ativistas da época, as políticas de saúde adotadas no país, até então, objetivavam beneficiar o setor privado e deveriam ser compreendidas no marco do capitalismo dependente, que aqui se desenvolvia. Braga (1981), por exemplo, relacionava uma série de propostas de reforma do setor saúde, destacando a reformulação das relações do Estado com o setor privado: “A rede privada hospitalar, ambulatorial e de serviços deve ser posta sob o mais rigoroso controle, *enquanto ela ainda for necessária.*” (Braga, 1981:212) (grifo nosso).

Ou seja, havia uma visão bastante difundida neste grupo de que, se o Estado priorizasse o setor público, o setor privado iria sendo excluído do sistema, já que este vivia às custas do financiamento público. Na realidade, acreditava-se poder inverter uma situação estrutural — de privatização da assistência médica — através dos mesmos mecanismos em que ela se engendrou. Isto é, se o Estado patrocinou o setor privado na saúde até então, era hora dele intervir em sentido contrário e favorecer os serviços públicos.

A partir dos anos 80, com o fortalecimento do movimento sanitário, são implementadas uma série de políticas de cunho racionalizador, mas que, ao mesmo tempo, quebram o caráter securitário da assistência médica financiada pelo Estado, com a universalização do atendimento. A descentralização dos serviços para os municípios tornou-se uma das principais marcas da nova correlação de forças na saúde, concretizando algumas das mais importantes propostas de reforma na saúde.

5. Considerações finais

Barros *et al.* (1996) caracterizam o sistema de saúde brasileiro, antes da reforma sanitária dos anos 80, como excludente quanto ao acesso, fragmentado institucionalmente, fortemente centralizado no nível federal e com clara opção pela compra de serviços médicos ao setor privado.

Nesta perspectiva, pode-se observar que até a década de 70, a assistência médica previdenciária era nitidamente excludente: o acesso era facultado aos trabalhadores urbanos do mercado formal da economia. Os demais, os que não contribuía para a Previdência e os trabalhadores rurais, formavam um grupo marginal — os indigentes — que recebiam atendimento individual precário nos postos de saúde estaduais e municipais, e ocasionalmente eram atingidos pelas ações preventivas do Ministério da Saúde/MS.

Este traço excludente começa a mudar já nos anos 60 com a política social dos governos militares, que irá enfatizar a extensão de

cobertura previdenciária como estratégia de legitimação do regime. Ou seja, a universalização era uma tendência bem anterior às políticas reformistas dos anos 80.

O caráter contratual do sistema previdenciário começou a se romper — pelo menos no tocante à assistência médica, com a promulgação da LOPS/Lei Orgânica da Previdência Social — em 1960, que uniformizou a prestação de serviços médicos para todas as categorias profissionais. O passo seguinte foi a unificação dos institutos no INPS, em 1966. Mas é sobretudo com a criação do FUNRURAL/Fundo da Previdência Rural, em 1971, que se quebra o caráter securitário da assistência médica previdenciária e se abre espaço para políticas sociais universais. A criação do MPAS/Ministério da Previdência e Assistência Social, em 1974, e especialmente a implantação do PPA/Plano de Pronta-Ação, no mesmo ano, além de servir de estímulo à produção de serviços, ao desburocratizar o atendimento nos casos de emergência, dá um passo importante no sentido da universalização, com a crescente extensão de cobertura. A partir daí, qualquer pessoa, beneficiária ou não da Previdência Social, podia ser atendida no sistema, em caso de emergência. Mesmo a reforma que criou o INAMPS/Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social, em 1977, com a separação da assistência médica do setor de benefícios, significou uma ruptura da lógica securitária na saúde.

Mas apesar de gestado no período anterior, apenas nos anos 80, o acesso à atenção médica curativa ampliou-se de fato. O processo iniciou-se com o PIASS — Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento — foi intensificado com as AIS, até chegar ao SUDS, onde a universalização do atendimento foi legalizada e, logo a seguir, ratificada na Constituição de 1988 e nas leis que regem o SUS, transformando a assistência à saúde em direito universal e gratuito.

Outra particularidade do sistema de saúde do país, até a década de 80, era a fragmentação institucional, isto é, a manutenção de dois sistemas de saúde isolados, independentes um do outro, e com estratégias de atuação divergentes. O primeiro, a cargo do MS, atuava em ações preventivas e de saúde pública juntamente com as secretarias estaduais e municipais. O segundo sistema estava a cargo do todo-poderoso MPAS, que através do INAMPS respondia pela gestão da medicina previdenciária, centrada no atendimento médico-hospitalar.

As mudanças, neste aspecto, que se iniciam com as AIS, levam à incorporação do INAMPS na estrutura do MS e fusão das instituições de saúde — Secretarias de Estado da Saúde e Superintendências Regionais do INAMPS — nos diversos estados da federação, coroando o processo com a extinção do INAMPS, em julho de 1993.

O que de fato mudou no sistema de saúde brasileiro, além do traço excludente, com a universalização do atendimento e a integração das

instituições de saúde, com comando único no MS, foi o caráter extremamente centralizado do sistema. Esta característica que se acentuou após o golpe militar de 1964, materializada na área de saúde com a unificação do sistema previdenciário em 1966, só começa a mudar no início dos anos 80. A crise econômica e a luta pela redemocratização do país irão fortalecer as propostas descentralizadoras, comumente identificadas com a possibilidade de maior eficácia dos serviços, a custos menores e com maior democracia. Na Constituição de 1988, a descentralização é ratificada de forma mais contundente, não por acaso, na área de saúde, onde já havia, há quase uma década, uma correlação de forças favorável às propostas descentralizadoras.

Por fim, quanto a política de privilegiamento do setor privado na compra de serviços de saúde, houve de fato uma inflexão, com o redirecionamento dos recursos para o financiamento do setor público e para algumas ações preventivas e de cuidado primário — campo de ação próprio das instituições públicas. Entretanto, a política de não priorizar o atendimento terciário paradoxalmente levou à impossibilidade de transformar uma situação estrutural — e não conjuntural — de predomínio absoluto do setor privado na assistência médico-hospitalar. A rede hospitalar privada permanece hegemônica — mais ainda que no início da década — mantendo-se como o principal esteio do sistema neste nível de atendimento, em que pese todo o esforço em sentido contrário das políticas de saúde adotadas nos anos 80.

Além disso, a maior parte dos recursos da saúde continuam comprometidos com as ações curativas, em detrimento de atividades preventivas e de alcance coletivo, uma marca indelével de toda a história do sistema de saúde no Brasil, e este traço irá marcar profundamente a reforma sanitária brasileira. Apesar da proposta de mudança do modelo assistencial passar a predominar no discurso oficial, não há um rompimento com o modelo hospitalocêntrico. O que se observa é a procura de um maior controle dos hospitais privados, de estímulo à produção do setor público e ênfase no atendimento ambulatorial, sem alterar, na sua essência, o modelo assistencial historicamente prevalente.

Notas

- 1 Este artigo é uma versão modificada do capítulo 2 e 3 da dissertação de mestrado da autora: “A relação público e privado na saúde: a trajetória dos hospitais privados integrantes do sistema público”, CEPEAD/UFMG, 1997, orientada pela Professora Moema Miranda de Siqueira, que contou com o apoio da ENAP e da CAPES, através do Programa de Apoio à Pesquisa em Administração Pública — PAP.
- 2 Tradução do espanhol realizada pela autora.
- 3 Mas, a partir da segunda metade dos anos 70, a assistência ambulatorial configurou-se no segmento mais dinâmico na saúde, dado o enorme crescimento da rede, tanto pública quanto privada.
- 4 Em movimento contrário, os serviços filantrópicos e sem fins lucrativos começaram a se retrair: com a unificação dos institutos no INPS, estas entidades deixaram de receber da Previdência Social pelo atendimento à população não-previdenciária, o que ocasionou o fechamento de parte delas e o empresariamento de outra parte (Caleman *et al.*, 1995).

Referências Bibliográficas

- ARELLANO, A.B.R.. (1990), “El mercado de los servicios medicos”, in OPAS/OMS, *Análisis de costos, demanda y planificación de servicios de salud: una antologia seleccionada*.s.l. p.312-322.
- AZEVEDO, C.S.. (1995), Gestão hospitalar: a visão dos diretores dos hospitais públicos do município do Rio de Janeiro. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.29, n.3, p.33-58, jul./set.
- BARROS, M.E., PIOLA, S.F., VIANNA, S.M.. (1996), “Política de saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas”. *Texto para discussão* n. 401. Brasília: IPEA, fev.
- BRAGA, J.C.S., PAULA, S.G. (1981), *Saúde e previdência; estudos de política social*. São Paulo: Cebes - Hucitec.
- CALEMAN, G., DUCCI, L., MOREIRA, M.L.. (1995), Informações, controle e avaliação do atendimento hospitalar no SUS. *Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde* n.14. Brasília: OPAS/OMS.
- CAMPOS, A.C. (Org.). (1987), *A combinação público-privada em saúde: privilégios, estigmas e ineficiências*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P.. (1996), “Reformar o sistema de saúde: uma utopia para sair de um *status quo* inaceitável”. *Saúde em Debate*, Londrina, n.49/50, p.53-64.
- DUSSAULT, G. (1992), “A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências”. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.26, n.2., p.8-19, abril/jun.
- FLEURY TEIXEIRA, S.. (1980), “Assistência médica previdenciária: evolução e crise de uma política social”. *Saúde em Debate*, n. 9, p.21-37, jan./março.
- MÉDICI, A.C.. (1994), A seguridade social e a saúde, in *A Previdência Social e a revisão constitucional*. Brasília: CEPAL, v. 2. Debates, p.219-241.

- _____. (1993), "Gastos com saúde nas três esferas de governo: 1980-1990". *Saúde em Debate*, Londrina, n.40, p. 26-32, set.
- _____. (1992), "Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil". *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.26, n.2. p.79-115, abril/jun.
- MENDES, E.V.. (1996), *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: HUCITEC.
- MINTZBERG, H.. (1989), "The structuring of organization", in *Inside our strange world of organizations*. New York, The Free Press.
- PEREIRA, C.. (1996), "A política pública como caixa de Pandora: organização de interesses, processo decisório e feitos perversos na reforma sanitária brasileira-1985-1989". *Dados*, Rio de Janeiro, v.39, n.3, p.423-477.
- ROSANVALLON, P.. (1984), *A crise do Estado-Providência*. Lisboa: Editorial Inquérito.
- SANTOS, W.G.. (1987), *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Campus. (2 ed.).
- SIQUEIRA, M.M.. (1987), *Estado e burocratização da medicina*. Belo Horizonte: UFMG/PROED.
- _____. (1985), *Organização dos serviços de saúde: trajetória de pacientes e metas operacionais em hospitais*. São Paulo: Faculdade de Economia e Administração da USP. (Tese de doutorado em Administração).
- VIANNA, L.W.. (1978), *Liberalismo e sindicato no Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

A presença do Estado no setor saúde no Brasil

Susete Barbosa França

O artigo analisa, de forma introdutória, as mudanças na política na área de saúde no Brasil. A partir de uma breve retomada de alguns estudos que discutem o papel do Estado na provisão, financiamento e regulação do setor saúde, a autora procura estabelecer pontes ou interfaces entre estes modelos teóricos e o processo histórico mais recente, que deu origem ao Sistema Único de Saúde — SUS. Finalmente, a autora discute o que mudou e o que ainda permanece, e se mantém como traço característico do sistema de saúde brasileiro.

La presencia del Estado en la salud en Brasil

Susete Barbosa França

El artículo analiza de manera introductoria, cambios en la política de la Salud en Brasil. Se inicia con la revisión de algunos estudios que discuten el papel del Estado en la provisión, financiamiento y la regulación de la salud, con el propósito de establecer relaciones entre estos modelos teóricos y el más reciente proceso histórico que creó el Sistema Único de la Salud (SUS). Finalmente se discute los cambios experimentados y los que aun permanecen como rasgo característico del Sistema de Salud de Brasil.

The presence of the State in the health sector in Brazil

Susete Barbosa França

The article examines in an introductory way, the changes in the politics in health sector in Brazil. Starting from a brief retaking of some papers that discusses the State's role in the provision, financing and regulation of the health sector, the author aims to establish some links or interfaces between these theoretical models and the most recent historical process that created the Unique System of Health - SUS. Finally, the author discusses what has changed and what still stays as characteristic feature of the Brazilian health system.

Socióloga,
Mestre em
Administração
pela UFMG e
pesquisadora.