

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

CONDIÇÕES SOCIAIS DE SURGIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DE UMA POLÍTICA  
PÚBLICA: Burocratas e Médicos na Formação das Políticas de Saúde no Brasil (1963-2004)

Autor: João Alberto Tomacheski

Brasília, 2007

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

CONDIÇÕES SOCIAIS DE SURGIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DE UMA POLÍTICA  
PÚBLICA: Burocratas e Médicos na Formação das Políticas de Saúde no Brasil (1963-2004)

Autor: João Alberto Tomacheski

Tese apresentada ao Departamento de Sociologia da  
Universidade de Brasília/UnB como parte dos requisitos para a  
obtenção do título de Doutor.

Orientador: Prof. Dr. Fernanda Antônia da Fonseca Sobral

Brasília, abril de 2007

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

CONDIÇÕES SOCIAIS DE SURGIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DE UMA POLÍTICA  
PÚBLICA: Burocratas e Médicos na Formação das Políticas de Saúde no Brasil (1963-2004)

Autor: João Alberto Tomacheski

Orientador: Prof. Dr. Fernanda Antônia da Fonseca Sobral

Banca examinadora:

Prof<sup>a</sup>. Doutora Fernanda Antônia da Fonseca Sobral (SOL/UnB)

Prof<sup>a</sup>. Doutora Maria Lígia de Oliveira Barbosa (UFRJ)

Prof. Doutor Roberto Passos Nogueira (IPEA)

Prof<sup>a</sup>. Doutora Ana Maria Fernandes (CEPPAC/UnB)

Prof. Doutor Luís Augusto Sarmiento C. de Gusmão (SOL/UnB)

em memória de meu pai

**Stanislau Tomacheski**

(25/07/1933 – 08/06/2003)

## Agradecimentos

No processo de estudos e de confecção dessa tese muitas foram as pessoas que ofereceram suporte e incentivos, ou simplesmente foram pacientes e compreensivas com o filho ou o amigo ausente nos momentos de celebração e de reunião. Embora eu não possa citar todos os nomes, não poderia deixar de fazer especial menção:

À CAPES e o Ministério do Planejamento pelo apoio a esse projeto de pesquisa.

À Eneida pelo companherismo, compreensão e ajuda em vários momentos dessa pesquisa.

Ao Dennis Magill, Jennifer Butters e Gallen Trull do Departamento de Sociologia da Universidade de Toronto pela acolhida e suporte à minha pesquisa no Canadá.

A Lílian Magalhães que me ofereceu sua amizade e sábias dicas e conselhos sobre o acervo e ferramentas à disposição dos estudantes da Universidade de Toronto.

Por último, mas não em último lugar, à Fernanda Sobral pela disponibilidade que sempre demonstrou em todos os momentos e pela orientação serena e competente.

**Resumo:**

As políticas públicas do setor saúde no Brasil entre 1963 e 2004, se consideradas somente no seu aspecto legal, seguiram o caminho da incorporação crescente de parcelas cada vez maiores da população, até a universalização do direito à saúde, na segunda metade da década de 80, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, apesar de todas essas transformações legais, as políticas de saúde, se consideradas na sua dinâmica social, mantêm um padrão no qual as divisões sociais determinam o acesso à assistência a saúde. As modificações constitucionais ao longo do período não foram suficientes para modificar o caráter fragmentário e residual da ação estatal no setor saúde. Nesse período, dois grupos de interesse permanecem como os principais mediadores da política no setor: a burocracia de Estado e os médicos. A burocracia devido a sua posição estratégica dentro do Estado. Os médicos, devido a sua posição estratégica dentro da organização do setor saúde. Serão a burocracia previdenciária e a burocracia da saúde as duas forças por trás das duas principais reformas do setor: a unificação da Previdência, em 1967, e a chamada “reforma sanitária”, que resultou no capítulo da saúde na Constituição Federal de 1988 e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, essa capacidade de produzir inovações legislativas ficou restrita à arena propriamente estatal, sem afetar a dinâmica social. No caso dos médicos, a profissão conseguiu preservar sua autonomia financeira e técnica frente à expansão do Estado no setor saúde. Como o estudo de caso canadense parece mostrar, não existe um antagonismo entre a “prática liberal” e a expansão do Estado no setor saúde, desde que essa expansão seja mantida por um teto financeiro e permita a atuação do profissional tanto no setor público quanto no privado. Isso foi preservado no caso do Brasil. Mas, ao preservar essa inserção liberal do médico, se preserva as condições de expansão do setor, sem resolver o problema de acesso. Conclui-se que a distância entre o modelo universalista e a dinâmica social residual das políticas de saúde no período são resultado das disputas entre os grupos sociais para manter o sua posição dentro do setor e/ou sua na participação na distribuição dos bens de saúde.

**Palavras-chave:** Políticas públicas; Profissões; Burocracia; Médicos e políticas de saúde; Estado de Bem-Estar Social; Sistema Único de Saúde (SUS); Canadá

**Abstract:**

The Brazilian health policies between 1963 and 2004, if regarded only at the legal features, follow a path of increasing incorporation of larger portions of the population, until the universalization of the health's right, in the second part of the eighties, along with the creation of the Single Health System (SUS). However, notwithstanding all the legal changes, the health policies, if regarded on their social dynamics, kept a pattern where the social divisions set the access to the healthcare. The constitutional modifications along the period were not enough to change the fragmentary and residual pattern of state intervention on the health sector. During the period, two interest groups remained as the main mediators of the policies in the sector: the state bureaucracy and the physicians. The bureaucracy due its strategic position inside the State. The physicians due its strategic position inside de health's sector organization. It was the social security and health's bureaucracy the force driving the two mains reforms in the sector: the social security unification, in 1967, and the so-called "sanitary reform". The "sanitary reform" led to the health chapter on the Federal Constitution of 1988 and the creation of the Single Health System (SUS). However, the ability to introduce legislative innovation was limited to the state arena, without affecting the social dynamic. Physicians, on the other hand, were able to preserve their financial and technical autonomy when facing State expansion on the health sector. As the Canadian case study seems to show, there is no opposition between "liberal practice" and State expansion in the health sector, as long as the state expansion was kept limited to an income ceiling. That interest was preserved in the Brazilian Case. However, in keeping the liberal practice untouched, it kept the conditions for the sector expansion, without solving the access problem. It concludes that the distance between the universalist model and the residual social dynamic in the period of the study are the result of disputes among the interest groups to keep their position inside the sector and/or their share in the distribution of health goods.

**Keywords:** Public policies; Professions; Bureaucracy; Physicians and health policies; Welfare System; Single Health System (SUS), Canada

## Résumé:

Les politiques de santé brésiliennes entre 1963 et 2004, si considérées seulement dans leur aspect légal, suivent un chemin de l'incorporation croissante de plus grandes parcelles de la population, jusqu'à l'universalisation du droit à la santé, dans la deuxième partie des années '80, avec la création du Système Unique de Santé (SUS). Néanmoins, malgré de toutes ces transformations légales, les politiques de santé, si considérées dans leur dynamique sociale, ont maintenue une tendance où les divisions sociales déterminent l'accès aux services de santé. Les modifications constitutionnelles au long de la période n'ont pas été suffisantes pour modifier le caractère fragmentaire et résiduel de l'action d'état dans le secteur santé. Dans cette période, deux groupes d'intérêt restent comme les principaux médiateurs de la politique dans le secteur: la bureaucratie d'État et les médecins. La bureaucratie dû à sa position stratégique à l'intérieur de l'État. Les médecins, dû à leur position stratégique à l'intérieur de l'organisation du secteur santé. Ce seront la bureaucratie de la sécurité sociale et la bureaucratie de la santé les deux forces qui ont soutenu les deux principales réformes du secteur: l'unification de la sécurité sociale, en 1967, et qu'on appelle la "réforme sanitaire". La "réforme sanitaire" a conduit au chapitre de la santé dans la Constitution Fédérale de 1988, et la création du Système Unique de Santé (SUS). Néanmoins, cette capacité de produire des innovations législatives a été restreinte à l'arène proprement d'état, sans toucher la dynamique sociale. Dans le cas des médecins, la profession a réussi à préserver son autonomie financière et technique devant à l'expansion de l'État dans le secteur santé. Comme l'étude de cas au Canada semble montrer, il n'y a aucune opposition entre la "pratique libérale" et l'expansion d'état dans le secteur de santé, depuis que cette expansion soit maintenue par un plafond financier et permette la pratique du professionnel de telle façon dans le secteur public comme dans le privé. Cela a été préservé dans le cas du Brésil. Mais, à conservation cette insertion libérale du médecin, se préservent les conditions d'expansion du secteur, sans résoudre le problème d'accès. Il se conclut que la distance entre le modèle universaliste et la dynamique sociale résiduelle des politiques de santé dans la période étudiée sont résultant des disputes parmi des groupes sociaux pour maintenir leur position à l'intérieur du secteur et/ou leur participation dans la distribution des biens de santé.

**Mots-clés:** Politiques publiques; Profession; Bureaucratie; Médecins et politiques de santé; État-providence; Système Unique de Santé (SUS), Canada

## LISTA DE TABELAS:

Tabela 1: Gasto com saúde em países selecionados, percentual do gasto em relação ao PIB (1960 – 2000) .....	136
Tabela 2: Brasil: Estimativa do gasto total com saúde como proporção do PIB, segundo origem dos recursos (1982) .....	138
Tabela 3: Brasil: Estimativa do gasto total com saúde como proporção do PIB e segundo origem dos recursos (2003) .....	139
Tabela 4: Brasil: participação do gasto público no PIB segundo receita disponível entre os entes federados (1960 - 1999) .....	140
Tabela 5: Brasil - Gasto federal em saúde corrigido segundo índice 100 de 1980 (1980-2002).....	141
Tabela 6: Brasil: Divisão dos gastos públicos em saúde segundo origem dos recursos em valores percentuais (1980-2003) .....	142
Tabela 7: Brasil: Gasto Federal em saúde na atenção básica, média e alta complexidade, em valores percentuais (1994 – 2001) .....	146
Tabela 8: Brasil: Gasto federal em medicamentos, valores nominais e em milhares de reais (1999 – 2004) .....	149
Tabela 9: Mercado de saúde suplementar no Brasil: número de Operadoras, usuários e participação das operadoras no mercado (2004).....	155
Tabela 10: Mercado de saúde suplementar no Brasil: distribuição dos usuários segundo o tipo de plano (Maio de 2004) .....	158
Tabela 11: Faculdade de Medicina no Brasil 1921-2002.....	205
Tabela 12: Crescimento no número de vagas no Ensino Superior (1991-2002).....	205
Tabela 13: Brasil: crescimento no número de vagas e formados nos cursos de Administração, Direito, Jornalismo e Medicina (1991-2002).....	206
Tabela 14: Brasil: projeção de Médicos titulados entre 2003 e 2050 (número de faculdades existentes em 02/2007) .....	212
Tabela 15: Brasil: vínculo de emprego no setor saúde (serviços), 2000 .....	223
Tabela 16: Brasil: empregos no setor saúde em três períodos e divisão entre setor público e privado .....	226
Tabela 17: Brasil: Municípios, população e empregos na área de saúde (2002).....	227
Tabela 18: Brasil: distribuição dos médicos segundo vínculo, por gênero % (1999) .....	229
Tabela 19: Gasto público e privado no Brasil, Canadá e Estados Unidos .....	241
Tabela 20: Gasto público e Privado Brasil, Canadá e Estados Unidos, em dólares internacionais, per capita .....	242
Tabela 21: Gasto privado em países selecionados, divisão entre tipos de pagamento entre os anos de 1999 a 2003 .....	243
Tabela 22: Canadá e Estados Unidos: Percentual do PIB apropriado pelo setor Saúde (1971; 1985; 2000) .....	246
Tabela 23: Canadá e Estados Unidos: Percentual do PIB apropriado pelos médicos (1971; 1985).....	246
Tabela 24: Brasil: PIB 2003 e valor apropriado pelo setor saúde (em bilhões de reais).....	248

## SUMÁRIO:

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<i>A explicação econômica.....</i>	<i>16</i>
<i>O papel dos médicos nas políticas de saúde no Brasil.....</i>	<i>19</i>
<i>Proposta de trabalho.....</i>	<i>21</i>
<i>Organização dos capítulos.....</i>	<i>23</i>
<i>Metodologia e fontes utilizadas.....</i>	<i>24</i>
<b>PARTE I: A BUROCRACIA MÉDICA E AS POLÍTICAS DE SAÚDE.....</b>	<b>26</b>
<b>1    POLÍTICAS PÚBLICAS E PODER SETORIAL.....</b>	<b>27</b>
1.1.    POLÍTICAS PÚBLICAS E PADRÕES DE INTERVENÇÃO DO ESTADO: AS EXPLICAÇÕES CULTURALISTA E (NEO) INSTITUCIONALISTA .....	27
1.1.1. <i>A cultura (política) como uma explicação .....</i>	<i>28</i>
1.1.2. <i>As instituições (políticas) como explicação .....</i>	<i>29</i>
1.2.    UMA CRÍTICA ÀS EXPLICAÇÕES CULTURALISTA E (NEO) INSTITUCIONALISTA .....	32
1.2.1. <i>Burocracia e seu papel político.....</i>	<i>32</i>
1.2.2. <i>A cultura política e a opinião pública no processo de constituição de uma política.....</i>	<i>36</i>
1.2.3. <i>Estruturas políticas e intermediação de interesses: o papel do Parlamento na constituição das políticas de saúde .....</i>	<i>38</i>
1.2.4. <i>Canadá: o papel do Estado e da opinião pública na constituição das políticas do setor saúde... 42</i>	<i>42</i>
1.2.5. <i>Além (ou antes) do Parlamento.....</i>	<i>45</i>
1.3.    AS POLÍTICAS PÚBLICAS E O PAPEL DOS AGENTES SETORIAIS .....	46
1.3.1. <i>Os médicos como mediadores das políticas de saúde.....</i>	<i>47</i>
1.3.2. <i>Campo ou setor? Profissão ou habitus? .....</i>	<i>49</i>
1.3.3. <i>A importância da fase de implementação .....</i>	<i>55</i>
1.4.    RETROSPECTO COMPARATIVO DO PAPEL DO PARLAMENTO .....	56
1.5.    A PROFISSÃO MÉDICA E A MEDIAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE .....	58
1.5.1. <i>A profissão médica e sua construção histórica.....</i>	<i>58</i>
1.5.2. <i>O “nascimento” da profissão médica nos Estados Unidos: o caso paradigmático.....</i>	<i>61</i>
<b>2.    AS POLÍTICAS DE SAÚDE E AS REFORMAS DO SETOR.....</b>	<b>69</b>
2.1.    POLÍTICA PREVIDENCIÁRIA: A INSERÇÃO DIFERENCIADA DAS CLASSES DOMINADAS .....	70
2.2.    AS FORMAS DE PROTEÇÃO SOCIAL ANTERIORES À REFORMA DE 67 .....	71
2.2.1. <i>A República Velha e a Lei Eloy Chaves.....</i>	<i>71</i>
2.2.2. <i>O Regime de Vargas e as propostas de mudanças.....</i>	<i>72</i>
2.2.3. <i>As duas “burocracias” dos Institutos da Previdência e as disputas em torno das reformas.....</i>	<i>73</i>
2.3.    O REGIME MILITAR E A REFORMA DA PREVIDÊNCIA DE 1967 .....	77
2.3.1. <i>As conseqüências da unificação da Previdência: expansão da cobertura e manutenção do sistema segmentado de assistência.....</i>	<i>78</i>
2.4.    A BUROCRACIA DA SAÚDE E SUAS PROPOSTAS .....	83

2.4.1.	<i>A importância da III Conferência Nacional de Saúde</i> .....	84
2.4.2.	<i>Os defensores da estatização e suas propostas</i> .....	85
2.4.3.	<i>As condições institucionais de fortalecimento das propostas sanitárias nos anos 70</i> .....	87
2.5.	BUROCRACIA, DISPUTAS DE REFERENCIAIS E INOVAÇÃO SETORIAL .....	90
<b>3.</b>	<b>A “REFORMA SANITÁRIA”: UMA REFORMA EM NOME DE UMA “CLASSE AUSENTE” ..</b>	<b>92</b>
3.1.	AS REFORMAS DE DENTRO DA PREVIDÊNCIA: PREV-SAÚDE, CONASP, AIS E SUDS .....	93
3.2.	OS DILEMAS DA REFORMA SANITÁRIA: “REFORMA POR CIMA” OU “POR BAIXO”; SER OU NÃO SER GOVERNO .....	100
3.2.1.	<i>Dois burocracias e duas visões de saúde</i> .....	104
3.2.2.	<i>A VIII Conferência Nacional de Saúde: o povo como “árbitro” das disputas?</i> .....	105
3.3.	AS DISPUTAS NA CONSTITUINTE E NO PARLAMENTO .....	107
3.3.1.	<i>A Assembléia Constituinte, a nova Constituição e a Lei Orgânica da Saúde</i> .....	110
3.3.2.	<i>A Lei Orgânica da Saúde</i> .....	111
3.4.	UMA AVALIAÇÃO DO PROCESSO CONSTITUINTE: A BUROCRACIA COMO ARENA E ATOR DO PROCESSO REFORMISTA .....	112
3.4.1.	<i>A reforma “por cima” e seus limites</i> .....	115
3.4.2.	<i>E a “classe ausente”, se faz presente?</i> .....	118
3.4.3.	<i>“Asco Social” e as reformas “para baixo”</i> .....	121
<b>4.</b>	<b>A VOLTA REDONDA</b> .....	<b>123</b>
4.1.	AS LEIS DA SAÚDE E SUA IMPLEMENTAÇÃO .....	124
4.2.	O GASTO EM SAÚDE .....	135
4.2.1.	<i>O gasto em saúde no Brasil</i> .....	137
4.3.	UMA INTERPRETAÇÃO DOS IMPASSES DA IMPLEMENTAÇÃO.....	142
4.3.1.	<i>Os medicamentos como um retrato dos impasses da implementação</i> .....	145
4.4.	O MERCADO DE SAÚDE “SUPLEMENTAR” .....	151
4.4.1.	<i>O tamanho do setor</i> .....	154
4.4.2.	<i>A lei dos planos de saúde</i> .....	156
4.5.	PARADOXOS DE UM WELFARE STATE TROPICAL.....	162
4.6.	A VOLTA REDONDA?.....	164
	<b>PARTE II: A PROFISSÃO MÉDICA E AS POLÍTICAS DE SAÚDE</b> .....	<b>166</b>
<b>5.</b>	<b>A PROFISSÃO MÉDICA E O ESTADO NO CANADÁ</b> .....	<b>167</b>
5.1.	O PAGAMENTO POR PROCEDIMENTO E OS SERVIÇOS MÉDICOS: UM ROBIN HOOD MODERNO? .....	170
5.2.	A INTERVENÇÃO DO ESTADO NO SETOR SAÚDE NO CANADÁ E A REAÇÃO DA PROFISSÃO MÉDICA ....	172
5.2.1.	<i>As iniciativas da Província de Columbia Britânica</i> .....	172
5.2.2.	<i>As propostas de reforma hospitalar e o crescimento do setor privado</i> .....	175
5.2.3.	<i>O Medicare de Saskatchewan para o Canadá</i> .....	179
5.3.	O CANADA HEALTH ACT DE 1984 .....	182
5.4.	O CANADÁ DEPOIS DO CANADA HEALTH ACT: UMA NOVA “REVOLUÇÃO SILENCIOSA”? .....	184

5.5.	O <i>MEDICARE</i> E O PAPEL DOS PRESTADORES.....	186
5.6.	OS MÉDICOS SUA POSIÇÃO E INTERESSES DENTRO DO SETOR SAÚDE NO CANADÁ.....	190
5.6.1.	<i>Resistência Passiva e poder profissional</i> .....	192
5.6.2.	<i>A fila e seus usos políticos</i> .....	195
<b>6.</b>	<b>O CAMPO MÉDICO NO BRASIL: O TÍTULO, O “POSTO” E SEUS PORTADORES.....</b>	<b>197</b>
6.1.	CARACTERÍSTICAS GERAIS DE UM TÍTULO PROFISSIONAL.....	197
6.2.	O TÍTULO DE MÉDICO: CARACTERÍSTICAS SOCIAIS DE SEUS PORTADORES.....	199
6.3.	OS MÉDICOS E A BUSCA DO CONTROLE SOBRE A EXPANSÃO DO NÚMERO DE FACULDADES DE MEDICINA: UMA LUTA (QUASE) CENTENÁRIA.....	202
6.3.1.	<i>A criação de novas faculdades de medicina no Brasil no final dos anos 60 e a expansão do título a outros estratos sociais</i> .....	204
6.3.2.	<i>Em busca de um número ideal: a polêmica da suposta recomendação da OMS</i> .....	206
6.4.	O TÍTULO E SEUS ATRIBUTOS NÃO-ESCOLARES.....	213
6.4.1.	<i>A gestão política do título de médico</i> .....	216
6.4.2.	<i>O papel das Associações e Conselhos de Classe</i> .....	218
<b>7.</b>	<b>DIMENSÕES OCUPACIONAIS DO SETOR SAÚDE.....</b>	<b>222</b>
7.1.	DIMENSÕES ORGANIZACIONAIS DO SETOR SAÚDE: HOSPITAIS E PLANOS DE SAÚDE.....	230
7.1.1.	<i>Organização hospitalar e poder profissional</i> .....	230
7.1.2.	<i>Os planos de saúde, as cooperativas médicas e outras formas de intermediação do trabalho médico</i> .....	236
7.1.3.	<i>As transformações da década de 70 e a “recriação” da profissão médica em novas bases</i> .....	238
7.2.	UM MERCADO IMPERFEITO, PRÉ-CAPITALISTA E DE ELASTICIDADE INFINITA?.....	240
7.2.1.	<i>A “privatização do social dos anos 90”?</i> .....	240
7.2.2.	<i>Um mercado imperfeito e de elasticidade infinita?</i> .....	244
<b>8.</b>	<b>A PROFISSÃO MÉDICA E O ESTADO NO BRASIL.....</b>	<b>250</b>
8.1.	A “MEDICINA LIBERAL” E O ESTADO ATÉ 1967.....	251
8.2.	A PROFISSÃO MÉDICA E OS LIMITES PARA A INTERVENÇÃO DO ESTADO (1963-1987).....	258
8.2.1.	<i>O “Kassabismo” e a defesa da medicina liberal</i> .....	258
8.2.2.	<i>O Movimento de Renovação Médica – REME e o médico assalariado</i> .....	260
8.2.3.	<i>O médico e a “corrente neoliberal”: uma posição pluralista para uma inserção pluralista</i> .....	263
8.2.4.	<i>A reação da corporação médica às ações do Estado no setor saúde entre 1987-2004</i> .....	266
8.3.	A PROFISSÃO MÉDICA E OS LIMITES PARA A INTERVENÇÃO DO ESTADO (1988-2004).....	269
8.3.1.	<i>O plano de carreira ideal da profissão médica: status diferenciado e horário especial de trabalho</i> .....	271
8.3.2.	<i>O Sistema Único de Saúde –SUS nos 90 e a profissão médica: “ideologia profissional” e arranjos institucionais entre público e privado</i> .....	274
8.4.	SOBRE LEITOS HOSPITALARES E MÉDICOS.....	277
8.5.	UM “MÉDICO EXEMPLAR”.....	281

<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>284</b>
<i>Retrospecto da proposta de trabalho .....</i>	<i>284</i>
<i>A burocracia de Estado e seu papel nas políticas públicas: arena e ator.....</i>	<i>285</i>
<i>Os médicos e a intervenção estatal no setor saúde .....</i>	<i>289</i>
<i>A “América” é aqui.....</i>	<i>290</i>
<i>A política da economia.....</i>	<i>292</i>
<i>Mas funciona.....</i>	<i>294</i>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>297</b>

## **Introdução**

Esta tese investiga as políticas de saúde entre 1963 e 2004. Mais exatamente, o trabalho centra sua atenção sobre dois dos principais mediadores da política do setor: a burocracia do setor saúde (representado pela burocracia da Previdência Social e Saúde) e os médicos.

Entre 1963 e 2004 o Brasil teve três Constituições Federais, um golpe de Estado, um impeachment, vários planos econômicos e trocas de moeda. Não obstante, as políticas de saúde mantiveram um padrão de intervenção do Estado que pode ser caracterizado como residual.

O ano de 1963 é marcado pela III Conferência Nacional de Saúde, cujas propostas serão recuperadas na VIII Conferência em 1986 e depois transformadas no capítulo da Saúde, na Constituição Federais de 1988. Esse movimento é conduzido pela burocracia reformista da saúde.

O ano de 1967 marca a unificação dos Institutos de Previdência, que reorganiza a assistência à saúde e expande a ação do Estado no setor. Esse movimento é conduzido pela burocracia reformista da Previdência Social.

Já o ano de 1968 marca o início da expansão do ensino universitário no Brasil e também a criação de um número significativo de faculdades de medicina, que irão alterar as formas tradicionais de capitalização do título de médico e expandir o título a outros estratos sociais.

Nesse período, as políticas do setor saúde, se consideradas somente no seu aspecto jurídico formal, seguiram o caminho da incorporação crescente de parcelas cada vez maiores da população. A unificação da Previdência, em 1967, e o capítulo da saúde da Constituição Federal de 1988, são os marcos desse processo.

Assim, no início do período, as políticas de saúde, inicialmente restritas aos trabalhadores do mercado formal, irão incorporar gradativamente outros setores da população (o trabalhador rural, a empregada doméstica, os autônomos) e, no início da década de 80, passam a incorporar toda a população brasileira, independente da existência de contribuição específica. Em 1988, com a Constituição Federal, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS) e o direito à saúde é incorporado no arcabouço jurídico-formal.

Entretanto, ao lado de todas essas transformações no campo jurídico, existe um padrão de intervenção do Estado que se mantém estável: um sistema estratificado de saúde, segundo a inserção do cidadão no mercado de trabalho.

Ao mesmo tempo, paralelos a todas essas inovações institucionais, dois grupos permanecem como os principais mediadores da política no setor: a burocracia de Estado e os médicos. O primeiro grupo, devido à sua posição estratégica dentro do Estado. O segundo, devido sua posição estratégica dentro da organização do setor saúde. Será a burocracia previdenciária e a burocracia da saúde (burocracias essas formadas, como não poderia deixar de ser, por pessoas com uma formação em medicina) as duas forças por trás das duas principais reformas do setor: a unificação da Previdência, em 1967, e a chamada “reforma sanitária”, em 1988.

No caso da “reforma sanitária”, não se desconsidera que ela foi resultado de um conjunto heterogêneo de agentes sociais. O movimento era composto por sindicatos, partidos políticos, intelectuais, universidades, entre outros. O que buscaremos mostrar é que, junto a esses diversos agentes, existe um grupo articulado e capaz de impor esse novo referencial setorial para as políticas oficiais de saúde. Isso se torna possível pela existência de instâncias privilegiadas de articulação situadas no interior das estruturas estatais.

Alguém poderia argumentar que o movimento foi conduzido não por uma burocracia, mas por intelectuais. De fato, não está se falando de uma burocracia nos moldes weberianos. A tradição intelectual no Brasil, entretanto, sempre foi dependente do Estado e nele se apoiou em busca de uma agenda específica<sup>1</sup>.

Entretanto, as propostas da burocracia do setor saúde, incorporadas na legislação, pela própria dinâmica do processo e agentes envolvidos, não serão suficientes para alterar as estruturas sociais e os grupos de interesse que medeiam as políticas do setor saúde, entre eles os médicos. Na ausência de recursos econômicos, políticos e sociais as políticas do setor permanecem como “políticas de papel”, mantendo-se um padrão de inserção social no qual a distribuição dos bens de saúde segue as divisões do mercado de trabalho.

---

<sup>1</sup> O trabalho de Pecaut (1990) e Miceli (2001) mostram a dependência e inter-relação entre intelectuais e Estado. Miceli (2001, p. 198) argumenta que “os intelectuais contribuíram decisivamente para tornar a elite burocrática uma força social e política que dispunha de uma certa autonomia em face tanto dos interesses econômicos regionais como dos dirigentes políticos estaduais”. Embora o autor esteja se referindo a um período histórico distinto daquele considerado nessa tese, é razoável supor que o Estado e suas estruturas foram, no caso estudado, o lócus de disputas conduzidas por esse híbrido de intelectual e burocrata, que foi o precursor das reformas no setor saúde. Assim, ao utilizarmos o termo “burocrata” se quer mostrar a extrema dependência do movimento em relação ao Estado. Ou seja, a força e a fraqueza do movimento sanitário estaria nessa dependência que esses “intelectuais burocratas” tinham em relação ao Estado.

Existem diversas “teorias” que tentam explicar essa dinâmica entre a legislação e a realidade social. A mais ingênua associa essa situação a uma suposta falta de “vontade política”. As demais teorias, de uma maneira geral, também centram sua atenção na “ausência” de algum tipo de recurso que faz com que exista uma distância entre a realidade jurídico-formal e a realidade social: faltariam recursos econômicos, políticos, organizacionais, observância do governo e sociedade às leis, organização social, conhecimento da população dos seus direitos, etc.

Para os propósitos deste trabalho basta apenas mencionar duas dessas “tipologias da ausência”.

Muitas análises de políticas de saúde tendem a centrar seu foco sobre os recursos econômicos disponíveis. Assim, acabam por concluir que os impasses enfrentados pelas políticas teriam origem na insuficiente, ou má alocação dos recursos públicos para a consecução dos objetivos propostos nessas políticas. Então, a crescente incorporação de novas parcelas da população teria ocorrido sem as bases atuariais necessárias, mais por força das pressões de interesses político-eleitorais.

Outras análises centram sua atenção sobre recursos políticos e organizacionais que não existiriam na realidade política do Brasil. Por exemplo, a excessiva centralização do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS)<sup>2</sup> tornaria o Estado prisioneiro dos grupos de interesse mais bem organizados e capazes de influenciar esse poder central. A descentralização das políticas de saúde, trazida pela Constituição Federal de 1988, entretanto, não parece ter impedido esses mesmos grupos de continuar, por outros caminhos, a influenciar as políticas do setor, além de trazer outra ordem de problemas. Paralelo a isso, se argumenta que o modelo, inaugurado pela Constituição Federal de 1988, pressupõe uma organização e colaboração entre as três esferas de governo que dificilmente ocorre devido as diferentes coalizões e interesses entre os agentes políticos. A organização dos serviços de saúde numa rede assistencial hierarquizada e regionalizada, como preconiza o texto constitucional, pressupõe a coordenação e colaboração das ações entre governo federal, os 27 estados, o Distrito Federal e mais de 5.560 municípios. Pressupõe ainda que exista capacidade técnica e de controle social nas três esferas do governo. Neste sentido, parece evidente a

---

<sup>2</sup> As políticas de saúde estavam, entre 1967 e 1977, sob a Coordenação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Em 1978 são separadas as funções pecuniárias das de assistência médica. Essas são transferidas para o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, iniciará um processo de descentralização das políticas de saúde. O INAMPS é extinto em 1993, sendo a maior parte de quadro funcional transferido para as secretarias municipais e estaduais.

complexa arquitetura política e organizacional que foi proposta pelo novo sistema. Ainda mais quando existe uma “divisão difusa” de responsabilidades entre os três entes federados.

Essas questões são importantes, mas não fazem parte de nossa análise. Não deixando de considerá-las, busca-se também analisar o peso da burocracia e dos médicos na constituição das políticas do setor. Burocracia e corporação médica seriam os mediadores das políticas do setor e, portanto, os agentes setoriais chaves para se entender a dinâmica das políticas entre 1963 e 2004.

A escolha deste tema poderia levar em direção àquela área da ciência política que trata dos “grupos de interesse”. A literatura sobre o tema é vasta, principalmente na tradição norte-americana. Entretanto, este enfoque tende a privilegiar, na maioria das vezes, a etapa da institucionalização de uma política pública, ou seja, as disputas que ocorrem no momento em que uma iniciativa de mudança ou inovação setorial chega à arena legislativa.

Não se trata de negar a importância da etapa legislativa. Apenas lembrar que as disputas entre grupos de interesse não começam somente na arena legislativa e nem terminam quando uma nova legislação é aprovada. A “simples” aprovação de uma legislação é condição necessária, porém insuficiente para modificar as relações de poder dentro um determinado setor social.

É importante ressaltar que as dificuldades de implementação das políticas de saúde não estão ligadas somente aos fatores econômicos ou organizacionais, mas também dependem dos interesses sociais dos grupos envolvidos, das representações que os agentes setoriais produzem sobre o seu lugar na sociedade e das recompensas materiais e simbólicas que associam a essa posição ocupada.

### **A explicação econômica**

Um dos problemas geralmente associados a políticas de caráter universal, tais como as propostas do Sistema Único de Saúde – SUS, está relacionado aos recursos necessários à manutenção ou expansão dessas políticas. De fato, a incorporação crescente de novos estratos populacionais ao direito à saúde demanda novos recursos. Se já na época do INAMPS existia um problema de financiamento das ações, dentro do modelo proposto, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), esse problema se agravará<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> “Desde o início da implementação do SUS, em 1990, o financiamento tem sido uma das questões cruciais. Afinal, não se passa de um sistema de saúde dimensionado para 90 milhões de pessoas, como no auge da medicina previdenciária, para outro com responsabilidades atuais sobre mais de 160 milhões, sem um aporte significativo de recursos novos” (MERCADANTE, 2002, p. 275).

Além disso, os períodos de criação e implementação dos novos modelos são marcados por crises econômicas: o fim do “milagre econômico”, no início da década de 70, e a chamada “década perdida” dos anos 80. Não menos importante é a formação de um consenso ideológico de que o Estado seria “naturalmente” inepto para administrar e gerenciar grandes organizações, o que traria, como consequência, o aumento generalizado de gastos no setor.

Entretanto, o volume de recursos destinados ao setor explica parcialmente a questão. Afinal qual seria a quantidade de recursos necessários para fazer funcionar um sistema de saúde?

Uma comparação entre Canadá e Estados Unidos – países unidos pela geografia e por relações comerciais muito estreitas – mostra valores *per capita* muito diferenciados, com resultados também muito diversos: o Canadá possui um sistema universal de atendimento, ao passo que nos Estados Unidos, que gasta o dobro do Canadá, existem mais de 40 milhões de pessoas sem nenhuma cobertura. O que separa os dois países são justamente os modelos organizacionais: nos Estados Unidos um modelo que tem a hegemonia do setor privado, no Canadá um modelo de atenção predominantemente gerenciado pelo Estado.

As comparações poderiam se multiplicar, mostrando diferentes países, com condições econômicas semelhantes, mas que possuem diferentes proporções de seu Produto Interno Produto apropriadas pelo setor saúde. Muito embora comparações entre países sejam difíceis, é razoável supor que a maior destas diferenças esteja mais nas formas de organização dos serviços do que somente em fatores epidemiológicos ou morfológicos.

Aliás, como lembra Del Nero (1995, p. 9), “não existem evidências comprovadas de que a promoção do setor privado de saúde cause um ganho de eficiência em qualquer nível do sistema de saúde”. Alguém poderia até inferir - dentro dos estreitos limites da amostra (Canadá e Estados Unidos), que países com uma maior participação do gasto público são mais eficientes do que aqueles nos quais o gasto privado é predominante. Assim, o problema não estaria somente na quantidade de recursos destinados ao setor, mas na composição entre o gasto público e privado e também das formas organizacionais.

Não se trata de negar a contribuição específica da economia para o tema em discussão, “os modelos neoclássicos são de grande ajuda”. Entretanto, “difícilmente conseguem dar o salto das preferências individuais para as coletivas”. Deste modo, a “ciência política, ao ajudar-nos a compreender o funcionamento dos grupos que lutam pelo poder” seria “uma disciplina indispensavelmente associada à economia para interpretar a complexa situação da saúde e se tentar reformas que perdurem” (CORREIA CAMPOS, 1995, p. 94).

Entre estes grupos de que fala Correia de Campos destaca-se a corporação médica, que cria as principais imagens organizacionais do setor e, dessa forma, desempenha um importante papel na constituição e abrangência dos modelos de proteção social. A influência destes agentes setoriais se faz sentir em todos os momentos da constituição das políticas públicas para o setor, mas principalmente durante a implementação das políticas. De uma maneira geral, pode-se dizer que existe uma resistência da corporação médica frente às políticas que possam alterar as representações sociais da profissão alicerçada na autonomia e na prática liberal. Alguns estudos evidenciam esse embate e seu impacto sobre os sistemas de saúde (CAMPOS, 1986;1992; DE VOE; SHORT, 2003; NAYLOR, 1986; SKOCPOL, 1997).

Para Immergut (1996, p. 139-40), os médicos “vêm nos programas de seguro social de saúde uma ameaça à sua independência profissional”, pois, se por um lado “esses programas ampliam o mercado para a assistência médica com o uso de recursos públicos para a remuneração dos serviços médicos”, por outro “eles também dão aos governos razões financeiras para regulamentar o exercício da medicina. Após começarem a pagar pelos serviços médicos, os governos inevitavelmente tomam providências para controlar os preços desses serviços e, portanto, para controlar os rendimentos e as atividades dos médicos”. A autora salienta ainda que a maioria dos projetos de reforma setorial (em seus estudos de caso) tinha sido apresentada pela burocracia de Estado.

Assim, para Immergut (1996), existiria uma similaridade nos processos de inovação setorial baseados na idéia de um seguro universal de saúde: de um lado, a oposição dos médicos. De outro, o papel da burocracia como agentes de criação dos principais elementos do plano apresentados ao Parlamento. Para a autora, na França, na Suíça e na Suécia, o que determinou a diferença nas propostas efetivamente aprovadas foi a capacidade do governo em obter ratificação de suas propostas nas arenas subsequentes. Em cada um dos casos analisados pela autora as normas institucionais teriam estabelecido uma lógica distinta nos processos decisórios, que teriam levado a uma maior ou menor capacidade de influência da corporação médica na conformação das políticas e, assim, no resultado final das políticas de saúde, na abrangência e no grau de patrocínio estatal às ações de saúde.

Mas não seriam somente as políticas de saúde que estariam determinadas em parte pelos interesses da profissão, ou seja, o grau de intervenção e regulação do Estado no setor, mas a própria extensão do setor dentro das diversas economias nacionais.

A literatura mostra que, nos anos 70, os gastos com saúde cresceram mais rapidamente nos países europeus do que nos Estados Unidos. A partir da década de 80, entretanto, essa tendência se inverte, os custos nos Estados Unidos crescem e acabam por consumir uma parte

substantial do PIB. Nesses países, de uma maneira ou outra, o Estado teria controlado a autonomia financeira dos médicos (ALMEIDA, 1997).

A comparação entre a participação do setor saúde no PIB do Canadá e Estados Unidos mostra também uma tendência semelhante. No início dos anos 70, os valores do PIB alocados à saúde eram praticamente idênticos. Nas décadas seguintes esses valores se distanciarão cada vez mais. A diferença estaria nos diferentes rumos seguidos pelos dois países: no final da década de 60, o Canadá abandona o modelo residual dos Estados Unidos e introduz um sistema universal de saúde que teria, em grande medida, controlado a autonomia financeira dos médicos, embora preservando a autonomia técnica.

Para Almeida (1997, p. 183), a experiência dos países europeus seguiu o mesmo caminho: a “autonomia técnica profissional em geral foi preservada”, ao passo que “a autonomia econômica controlada ou regulada”. Os impactos destas medidas não são desprezíveis<sup>4</sup>.

No caso do Brasil, as relações entre médicos e as políticas de saúde ainda não foram suficientemente esclarecidas. Uma análise desses agentes no processo de criação e implementação das políticas de saúde poderia trazer uma maior compreensão do papel desses agentes na constituição das políticas do setor.

### **O papel dos médicos nas políticas de saúde no Brasil**

Segundo Almeida (1997, p. 661), os sistemas de saúde, longe de serem o resultado de um desenho pré-definido, são o “produto de uma infinidade de enfrentamentos, negociações e ajustes entre a burocracia estatal, a categoria médica, os sindicatos, os partidos políticos, os parlamentos e os poderosos grupos de interesse que gravitam em torno da indústria da assistência médica”.

Neste contexto, por meio de suas inter-relações com o Estado, a profissão médica teria desempenhado papel importante na modelagem dos diferentes perfis das políticas nacionais de saúde. Essa gestão de interesses ocorre, predominantemente, por meio de mecanismos de gestão corporativos de negociação, sendo que a “maior influência das organizações profissionais é exercida nas comissões técnicas específicas, que estabelecem padrões profissionais” (ALMEIDA, 1997, p. 667).

---

<sup>4</sup> No caso estadunidense, a falta desses mecanismos institucionalizados e de uma coordenação do sistema que permitissem alguma restrição à autonomia econômica dos médicos seriam as principais causas da não contenção dos custos de assistência médica, ainda que dentro do atual sistema exista uma intervenção importante na autonomia técnica desses profissionais (ALMEIDA, 1997).

Na mesma linha de argumentação, De Voe e Short (2003) mostram que a maioria das políticas de saúde é mantida pelo consenso e administrada com base em uma intermediação corporativa de interesses envolvendo Estado e profissão médica. Essas observações parecem ser corroboradas por diferentes autores como Labra (2000), Naylor (1986), Campos (1986), entre outros.

Por esse motivo, Heidenheimer (1989) irá defender que as diferentes trajetórias históricas nas relações entre Estado e profissões poderiam ajudar a explicar as diferenças nas políticas de saúde entre países diversos<sup>5</sup>. Tuohy (1999), por sua vez, mostra que o setor saúde no Canadá, Estados Unidos e Reino Unido se assentam em arranjos entre profissão médica e Estado.

De fato, caso específico dos médicos no Brasil, os conselhos de classe e as associações médicas são importantes mecanismos de gestão corporativa, principalmente por meio de suas relações especiais com o Estado. Mas a influência do grupo não se encerra nessa arena propriamente corporativa.

Apesar da existência de trabalhos que analisam a trajetória e influência do grupo na década de 70, como o de Campos (1986), por exemplo, não está clara a influência desses agentes no processo de criação e implementação das políticas de saúde nos anos seguintes à criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A importância dos médicos no processo de implantação das propostas da “reforma sanitária” é consenso entre os autores. Entretanto, não há um acordo sobre o papel desses agentes no processo. Em outras palavras, não está claro qual o tipo de influência que eles exerceram no processo de reforma e, depois, na implantação do Sistema Único de Saúde – SUS. Para Fleury e Mendonça, “o não-predomínio das práticas liberais e a solidariedade e engajamento dos sindicatos” no processo de reforma, levava as autoras a considerar que existiriam maiores condições políticas para “contornar os impasses deste setor” (FLEURY; MENDONÇA, 1989, p. 209). Assim, os médicos e os sindicatos, para as autoras, teriam um papel de difusão e suporte aos princípios do Sistema Único de Saúde SUS. Escorel (1998, p. 201), entretanto, apresenta a corporação médica como um dos “nós górdios do processo de implementação da Reforma Sanitária”, devido ao “corporativismo acentuado das entidades

---

<sup>5</sup> Mas, de forma alguma, as relações entre Estado e profissão estão restritas à profissão médica. Weber (WEBER, 1963) mostra que na Inglaterra, todas as tentativas de se copiar o direito romano fracassaram, devido a resistências das corporações de advogados, que conservavam em suas mãos o treinamento jurídico e as condições de reprodutibilidade desse conhecimento e combateram com êxito todos os movimentos em favor do direito racional que lhes ameaçava a sua posição social e material. Barbosa (BARBOSA, 1993), por sua vez, mostra o papel político dos engenheiros e seu discurso técnico nas tentativas de modernização do Estado.

sindicais e a distância ideológica dos profissionais em relação à proposta” de reforma. Gerschman, mesmo aceitando a tese de que existe uma “disparidade de interesses” entre usuários e profissionais de saúde, principalmente a corporação médica (que na opinião da autora deveria “ser considerada chave” para entender as “dificuldades na implantação da Reforma”), discorda das conclusões de Escorel. Para Gerschman, “colocar na atuação destes [os médicos] o maior empecilho para a implementação da política de saúde” seria “uma simplificação da questão”, já que os médicos, embora “tenham mostrado maior preocupação com seus interesses corporativos” não deixam de “ser apenas uma peça na engrenagem que sustenta a reprodução do Estado no setor específico da saúde” (GERSCHMAN, 1995, p. 143).

### **Proposta de trabalho**

Mas afinal, os médicos seriam apenas uma engrenagem das estruturas econômicas e sociais as quais eles devem obedecer? A ação desses profissionais seria apenas um “reflexo” dessas determinações macrossociais, como quer Campos (1986), ou eles desempenhariam um papel ativo na conformação dos sistemas de saúde?

Se for considerada a primeira hipótese, basta então descobrir a “lógica” de funcionamento dessas estruturas macrossociais: o Estado capitalista e as “forças de mercado”, tais como o complexo industrial farmacêutico, os planos de saúde, entre outras forças. O problema se encontraria “fora” do âmbito da corporação médica, já que a “ideologia médica” estaria determinada/subordinada a essas forças.

Se, entretanto, for considerada a segunda hipótese, não se está negando a influência das determinações macrossociais no conjunto de representações sociais, mas sim procurando analisar a dinâmica dessa relação. O mundo social não é um teatro, no qual existe somente o ator e seu papel. Embora as relações sociais não sejam imutáveis, eles também não são produto tão somente de um ato de vontade do sujeito, tal como quer o interacionismo simbólico. Assim, parte-se dos trabalhos de Bourdieu (1994), a buscar na dinâmica entre agente e estrutura o princípio de conservação/transformação das relações sociais e, por consequência, das estruturas macrossociais. A exemplo de um jogo contínuo, no qual os lances anteriores determinam os posteriores, formando um balanço provisório das forças sociais, busca-se na história dessa relação uma das chaves para entender a forma como se estruturam o setor saúde no Brasil.

Esse método permitirá buscar nas relações entre corporação médica e o Estado uma das principais chaves para se entender as formas que assume o modelo de proteção em saúde no caso brasileiro. Sem negar, entretanto, a importância das determinações macrossociais e

que condicionam parte da realidade social, mas que são incapazes de explicar as diferentes formas que assumem os sistemas de proteção social em países que possuem nível de renda semelhante e os diferentes valores alocados para o setor.

Mas, para entender esse papel, é preciso fazer um breve retrospecto histórico dos lances anteriores desse jogo, já que ele ajudará a entender o balanço de forças durante o período estudado. Afinal, se o poder da corporação médica influencia decisivamente as formas que assumem os modelos de proteção em saúde, qual a forma específica que assume essa influência no caso brasileiro? Colaboração, oposição, ausência?

Diferente da análise institucionalista, que centra sua atenção sobre o processo legislativo que conduz a uma determinada política, defende-se que a fase anterior a essa e, também a fase posterior, de implementação da política, é determinante no caráter mais residual ou universal de uma política pública.

No setor saúde, diferente da análise institucionalista para a qual a burocracia do setor seria um dos principais responsáveis pela criação das políticas, mas com uma influência restrita ao momento de criação do novo referencial setorial, defende-se que a influência do grupo vai mais além, influenciando também a implementação das políticas do setor.

No caso específico do Brasil, será mostrado que as políticas de saúde, “outorgadas” pelo regime militar em 1967, e aquelas incorporadas ao texto da Constituição Federal de 1988, são o resultado das disputas entre frações da burocracia de Estado: a burocracia da Previdência Social e a burocracia da Saúde. Porém, diferente da corrente institucionalista para a qual a burocracia apenas “apresenta” as propostas ao Parlamento, será apontado que a influência do grupo não se restringe à produção de um novo referencial, mas também é influente no processo legislativo e na implementação das políticas do setor.

Entretanto, essa mediação das políticas pela burocracia estatal garante “apenas” a manutenção de uma legislação de caráter universal, já que existe sempre a distância entre esse conjunto de disposições legais e a implementação de fato de uma política. Essa distância não é somente o resultado de uma ausência de recursos financeiros, mas sim de uma complexa rede de interesses de prestadores, usuários, corporações profissionais, agentes políticos, entes federativos, entre outros.

No caso específico da corporação médica, se mostrará que o poder de veto dos médicos não estaria somente no Parlamento, mas também na sua capacidade de influenciar o formato das políticas no momento da implementação. Os médicos não seriam apenas uma engrenagem do setor saúde, mas agentes ativos na conformação das políticas do setor. Assim,

a manutenção do caráter residual das políticas de saúde seria também resultado dos interesses do grupo em manter um espaço privado de atuação.

Isso se tentará se evidenciar por meio do estudo das políticas de saúde no Brasil entre 1963 e 2004. A pesquisa dirige seu foco nas relações entre os interesses dos médicos e burocratas - considerados como os mediadores da política do setor. A análise procurará determinar a influência destes agentes no processo de criação e implementação das políticas de saúde.

### **Organização dos capítulos**

A tese se divide em duas partes. Na primeira, se analisa o papel da burocracia da saúde na construção e implementação das políticas públicas do setor. Na segunda, se estuda o papel da profissão médica, seus interesses e influência na organização do setor saúde.

A primeira parte é constituída pelos capítulos 1, 2,3 e 4.

No capítulo 1, são analisadas algumas teorias sobre o processo de políticas públicas, o papel da burocracia nesse processo e também é introduzido o referencial que serviu de guia para a organização e formulação da tese. Ainda nesse capítulo, se busca averiguar também o papel da burocracia no processo de criação e implementação das políticas de saúde na América do Norte e também algumas diferenças e semelhança entre a burocracia no Brasil e no Canadá. Finalmente, se busca analisar as bases sociais que permitem que a profissão médica se consolide como o mediador das políticas do setor saúde.

O capítulo 2 foca principalmente o papel da burocracia da Previdência na constituição das políticas públicas de saúde na década de 60 e 70.

O capítulo 3 retrata o papel da burocracia da saúde no desenho e formatação das propostas que conduziram à “Reforma Sanitária” e as disputas entre as duas burocracias na condução do processo reformista.

O capítulo 4 analisa a dinâmica dessa nova legislação na formatação do setor saúde na década de 90 e também o papel das duas burocracias na implementação das políticas do setor.

A segunda parte é constituída pelos capítulos 5, 6, 7 e 8.

O capítulo 5 tenta reconstituir algumas das características da profissão médica no Canadá e arranjos corporativos sob os quais se assenta o sistema de saúde naquele país.

O capítulo 6 mostra a construção social da profissão no Brasil e as sucessivas transformações na profissão trazidas pelo crescimento do número de titulados.

O capítulo 7 aborda como a profissão se organiza e busca capitalizar seu título dentro do setor saúde no Brasil.

Finalmente, o capítulo 8 é uma análise das disputas entre Estado e profissão no Brasil e a influência da profissão nas políticas do setor.

### **Metodologia e fontes utilizadas**

A área de saúde coletiva no Brasil produz anualmente uma infinidade de monografias, dissertações e teses sobre as políticas de saúde no Brasil. Isso representa um desafio a qualquer pesquisador que não quer apenas reproduzir o que já foi dito sobre o assunto. Mas também representa uma vantagem, pois existe uma infinidade de fontes que podem ser consultadas facilmente pelo pesquisador.

Diante da infinidade de trabalhos sobre o tema e de outras iniciativas empreendidas por instituições como as ligadas ao Ministério da Saúde ou da Previdência Social, se produziu ao longo dos tempos um rico acervo de entrevistas, estatísticas e outros dados que podem ser utilizados pelos pesquisadores das mais diversas áreas.

Assim, buscou se fazer um trabalho de coleta que, dentro dos limites impostos pelos prazos acadêmicos, financeiros e compromissos profissionais, levassem em conta também esses acervos e trabalhos produzidos por outros pesquisadores.

As circunstâncias profissionais foram bastante profícuas na coleta do material de pesquisa.

Entre março de 2003 e maio de 2004 o pesquisador trabalhou em Brasília, no Ministério da Saúde, na Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Essa circunstância permitiu o acompanhamento da rotina dos conflitos e disputas que atravessa a organização do trabalho no setor saúde.

No período seguinte, entre junho de 2004 e julho de 2005, já trabalhando em Porto Alegre, no Núcleo do Ministério da Saúde no Rio Grande do Sul, foi possível observar a implementação das políticas de saúde em nível regional e os impasses e disputas que perpassam os três entes federados.

Finalmente, entre setembro de 2005 e setembro de 2006, na condição de *researcher fellow* junto ao Departamento de Sociologia na Universidade de Toronto, o pesquisador teve a oportunidade de participar de aulas e seminários, além de pesquisar e coletar informações nos acervos da biblioteca, bem como acessar a base dados de periódicos virtuais daquela Universidade.

O material coletado nesse período, além dos artigos, jornais e revistas é constituído de diversas entrevistas, a maioria delas originárias de outros pesquisadores e projetos. Foram utilizadas na produção dessa tese as seguintes entrevistas:

- As entrevistas feitas entre 1996 e 1997, para minha dissertação de mestrado (TOMACHESKI, 1998);
- Os acervos do Centro de documentação “Casa de Oswaldo Cruz”, da Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro. Os acervos reúnem entrevistas de médicos e outros profissionais ligados ao setor de assistência médica da Previdência Social nas décadas de 60 e 70 e do grupo reformista que assumiu vários cargos de direção no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e no Ministério da Saúde durante a chamada “Nova República” (na metade dos anos 80), além de médicos que participaram da criação dos Conselhos de Medicina. Entre as fontes utilizadas na tese estão as seguintes entrevistas:
  - a) 15 entrevistas do acervo “Constituição de Acervo sobre a Elaboração e Implementação das Políticas Prioritárias do INAMPS:1985-1988”;
  - b) todas as cinco entrevistas do acervo “Ética e Institucionalização da Profissão Médica (1927-1957)”;
  - c) 13 entrevistas do acervo “Memórias de Manguinhos”;
  - d) todas as 36 entrevistas do acervo “Memória da Assistência Médica da Previdência Social no Brasil”;

Foram utilizadas também 10 entrevistas feitas pelo pesquisador Carlos Pereira, que gentilmente cedeu esse material (PEREIRA, 1996).

Diante do volume de material coletado (por exemplo, somente o acervo “Memória da Assistência Médica da Previdência Social no Brasil”, totaliza 6.254 páginas), trabalhou-se com software de análise qualitativa Nvivo<sup>6</sup>, que auxiliou na organização do material.

Para as traduções das referências utilizadas no texto trabalhou-se com as edições eletrônicas (CD-ROM) do dicionário Random House Webster's Unabridged<sup>7</sup> e do Oxford-Hachette French dictionary<sup>8</sup>, além dos recursos dos sítios de internet do Google.com, Babylon.com, e ProZ.com.

---

<sup>6</sup> [http://www.qsrinternational.com/products/productoverview/NVivo\\_7.htm](http://www.qsrinternational.com/products/productoverview/NVivo_7.htm)

<sup>7</sup> <http://www.elearnaid.com/ranhouswebun2.html>

<sup>8</sup> <http://www.oup.com/online/networkcdroms/hachettefrenchcdr/>

## PARTE I: A burocracia médica e as políticas de saúde

“Podem os meus ouvintes plantar no seu quintal uma macieira e segurar no seu tronco um papel que diga: ‘Esta árvore é uma figueira’. Bastará esse papel para transformar em figueira o que é macieira? Não, naturalmente. E embora conseguissem que seus criados, vizinhos e conhecidos, por uma razão de solidariedade, confirmassem a inscrição existente na árvore de que o pé plantado era uma figueira, a planta continuaria sendo o que realmente era e, quando desse frutos, destruiriam estes a fábula produzindo maçãs e não figos”.

Ferdinand Lasalle<sup>9</sup>

“A mesma coisa que faz você viver, pode lhe matar no final”

Neil Young<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> LASALLE, Ferdinand. **Que é Uma Constituição?** Edições e Publicações Brasil, São Paulo, 1933.

Versão para eBook disponível em: [www.eBooksBrasil.com](http://www.eBooksBrasil.com)

<sup>10</sup> “The same thing that makes you live. Can kill you in the end”. YOUNG, Neil. Canção intitulada “From Hank to Hendrix” do álbum “Harvest Moon”, 1992.

# 1 Políticas Públicas e poder setorial

## 1.1. Políticas públicas e padrões de intervenção do Estado: as explicações culturalista e (neo) institucionalista

A teoria tradicional de políticas públicas concebe o processo de criação de uma política como um sistema fechado de etapas estanques: concepção, criação do marco legal e implementação<sup>11</sup>. A influência dos grupos de interesse estaria restrita às duas primeiras fases: a concepção e a criação do marco legal.

Isso é explicável, em certa medida, pelas condições de surgimento da análise das políticas públicas como uma ciência. O estudo de políticas públicas de certa forma nasce como um coadjuvante menor da ciência política. A ciência política, por sua vez, é fortemente influenciada pelo formalismo jurídico e pelo funcionalismo. Finalmente, a ciência política será também um campo de atuação de muitos advogados, que se tornam “cientistas políticos” e, assim, se fecha uma conjunção de fatores que fez com que a análise das políticas públicas, durante muitos anos, se fixasse na análise das formulações das políticas e das disputas que ocorrem no nível legislativo, considerando a implementação apenas o desdobramento daquilo que foi sancionado como lei.

Não menos importante é o conceito de “cultura política” que também intervém nesses debates (ALMOND; VERBA, 1989).

Assim, as diferentes políticas adotadas pelos países seriam nessa versão resultado ou das instituições ou da cultura política. Portanto, os padrões de intervenção do Estado estariam determinados pelas instituições ou pela cultura política de um determinado país.

As diferenças no grau de intervenção do Estado nas chamadas “políticas sociais” originaram uma série de tipologias para classificar os modelos de Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*).

Para este trabalho, basta lembrar da clássica tipologia de Titmus, que estabelece três modelos básicos para classificar os sistemas de Estado de Bem-Estar: o modelo institucional-redistributivo, o meritocrático-particularista e o residual. No modelo institucional-redistributivo existe uma estrutura de proteção social universalizante, garantida a partir de um conceito mais amplo de cidadania. O modelo meritocrático-particularista fundamenta-se na noção de que cada cidadão deve resolver as suas próprias necessidades, com base no mérito de seu trabalho e esforço. No modelo residual, por sua vez, a intervenção pública ocorre

---

<sup>11</sup> Para uma discussão sobre essa questão ver Silva e Melo (SILVA; MELO, 2000).

somente quando as duas tradicionais fontes de apoio – família e mercado – falham (DRAIBE, 1993). A assistência pública tende a ser de curto prazo e, freqüentemente, tem uma natureza punitiva e estigmatizante (MYLES, 1996).

Esse modelo é interessante como uma primeira aproximação, mas não é suficiente para entendermos as diferentes configurações que podem assumir as políticas públicas. Basta lembrar que, dentro de um mesmo país, podem existir políticas públicas que são institucionais redistributivas e outras apenas residuais.

Mesmo aqueles que atribuem o surgimento das medidas de proteção social a uma suposta “necessidade” estrutural dos estados capitalistas, concordariam que não existe uma resposta satisfatória para as diferenças entre os modelos adotados em cada país.

Um caso clássico dessas dificuldades está nas políticas de saúde de Canadá e Estados Unidos. Até o final dos anos 60, ambos os países tinham políticas de saúde muito semelhantes, na qual predominava uma atuação residual do Estado no setor. O Canadá, entretanto, muda de rumo e adota um modelo universal de saúde. Já os Estados Unidos continua e fortalece o modelo residual até então existente.

### **1.1.1. A cultura (política) como uma explicação**

Alguns analistas colocam a “cultura política” como fator explicativo para as variações entre os modelos de Estado de Bem-Estar Social existentes no Canadá e Estados Unidos. Nessa tradição, por exemplo, o “*american way of life*” dos estadunidenses valorizaria as soluções individuais, baseadas na livre empresa. A intervenção governamental seria vista como uma solução que iria contra a tradição e os valores americanos. De outra forma, o “caráter nacional canadense” valorizaria a hierarquia e o “conservadorismo político”, um reflexo da “herança essencialmente antiigualitária e burocrática do país”. Esses elementos iriam paradoxalmente coexistir como preferências, embora minoritárias, pelo socialismo e uma atitude positiva em relação ao papel do governo (PRESTHUS, 1974, p. II). Entretanto, a visão de Presthus, como todas as teorias que utilizam a cultura como uma explicação, é altamente abstrata e estática<sup>12</sup>. A própria descrição de Presthus sobre o “caráter canadense”,

---

<sup>12</sup> “Em primeiro lugar, explicações baseadas na cultura política tendem a ser altamente estáticas. O poder da teoria reside em grande parte na sua elegância... A América (sic) é diferente porque sempre foi diferente. Mas, enquanto sua simplicidade tem um apelo intuitivo, isso deixa muito para ser explicado. Primeiro, a explicação da tradição liberal falha tanto em explicar quanto para dar conta da mudança. Segundo, a cultura política seria freqüentemente descrita como uma mistura de idéias contraditórias e em competição. Os culturalistas fracassariam em providenciar uma explicação suficiente para explicar por que certas partes da cultura política se tornam dominantes em determinadas épocas ou arenas políticas, enquanto outras são mais predominantes em outros lugares” {“First, political cultural explanations tend to be highly static. The power of this theory lies in

feita nos anos 60, muito dificilmente seria utilizada atualmente para descrever esse suposto “caráter nacional” do Canadá.

A cultura política parece tentar descrever um caráter nacional. Essa característica fortemente alicerçada no conceito de “opinião pública” seria determinante nas formas de proteção adotada pelo Estado.

Entretanto, Steinmo (1994) mostra que, no caso da saúde, em diversas ocasiões, as pesquisas de opinião mostrariam um forte apoio público por um sistema de saúde universal tanto no Canadá quanto nos Estados Unidos.

É claro que existem de fato diferenças entre os dois países. O Canadá, como qualquer país, é resultado de circunstâncias históricas e políticas. Qualquer estrangeiro perceberá isso ao pegar uma nota de vinte dólares e ver estampada a esfinge da rainha da Inglaterra e não algum herói nacional do país (*founding father*), como no caso dos Estados Unidos. Porém, não é possível demonstrar uma relação de causa e efeito entre opinião pública e as diferenças nos modelos de políticas públicas.

De qualquer modo, esse tipo de explicação é bastante aceito. Mendes (2001, p.36), por exemplo, irá atribuir estas diferenças entre os dois países “aos valores, entendidos como os sistemas de crenças que vigem” naquelas sociedades. Assim, no caso canadense, os valores solidaristas seriam hegemônicos. Já no caso estadunidense, os valores individualistas prevaleceriam. Assim se explicaria porque os dois países teriam diferentes políticas para o setor saúde.

### **1.1.2. As instituições (políticas) como explicação**

Por outro lado, os institucionalistas asseveram que a explicação para as diferenças entre as duas formas de intervenção do Estado no setor saúde reside no sistema político (MAIONI, 1997; SKOCPOL, 1997; STEINMO, 1994; STEINMO; WATTS, 1995). Maioni (1997), por exemplo, coloca o sistema político como fator determinante na maneira pela qual Canadá e Estados Unidos adotaram diferentes abordagens para lidar com a “questão da saúde”.

---

large part in its elegance... America is different because it has always been different. But, while this simplicity makes an intuitively appealing explanation, it also leaves much to be explained. First, the liberal traditions explanation fails to either explain or account for political change. Secondly, in that political cultures consist of a mix of often contradictory or competing ideas and values, culturalists fail to provide a convincing explanation for why certain parts of the political culture become dominant in certain times or policy arenas, while others are more prominent elsewhere”} (STEINMO, 1994, nossa tradução).

Segundo Steinmo (1994), no início do século passado, a criação de um sistema nacional de saúde nos Estados Unidos era defendida com argumentos similares aos que propunham um sistema nacional de educação<sup>13</sup>. Entretanto, os resultados das políticas para estas áreas foram muito diferentes porque, no caso da educação, não existiriam grupos de interesse capazes de fazer oposição à intervenção do Estado:

Em resumo, educação pública prosperou e se tornou tão americana quanto a torta de maçã, enquanto saúde [pública] foi associada com intromissão do Estado, não devido a uma diferença fundamental entre esses dois tipos de políticas. Ao contrário da saúde, a educação privada não tinha um rico e poderoso grupo de interesses que pudesse usar os pesos e contrapesos do sistema político americano para impedir esse tipo de legislação<sup>14</sup> (STEINMO, 1994, nossa tradução).

Na mesma linha de explicação, Maioni argumenta que o surgimento de dois sistemas de saúde tão diferentes no Canadá e nos Estados Unidos se devem às diferentes configurações nos sistemas políticos daqueles países:

Embora o Canadá e os Estados Unidos sejam parecidos em muitos aspectos, eles divergem na questão da saúde devido às diferenças nos seus sistemas políticos. (...) O sistema bi-partidário estadunidense significa que mais compromissos são necessários para permitir que os políticos trabalhem conjuntamente dentro das amplas coalizões que constituem cada um dos partidos. Isso tornou mais fácil para os médicos e as companhias de seguro saúde nos Estados Unidos de fazer campanha contra [as propostas] de um sistema universal de saúde, deixando 44 milhões de estadunidenses sem nenhum tipo de seguro saúde. Apesar disso, 14% do PIB dos Estados Unidos vai para os gastos com saúde, comparado com 9% no Canadá<sup>15</sup> (MAIONI, 2000, nossa tradução).

Skocpol, por sua vez, procurando explicar o fracasso da reforma no sistema de saúde, proposta no primeiro mandato do presidente Clinton, também encontra no sistema político a resposta: O caminho a ser percorrido por uma legislação até a sanção presidencial seria longo e sinuoso, com muitas oportunidades para retaliações e manobras evasivas ao longo do percurso. Essa teria sido a principal razão da não aprovação da reforma proposta pelo presidente Clinton naquela ocasião (SKOCPOL, 1997).

---

<sup>13</sup> “No início do século [XX] o seguro saúde nacional, por exemplo, era defendido abertamente com argumentos muito parecidos com aqueles utilizados para justificar a ampliação da educação pública e gratuita” {Early in the century national health insurance (NHI), for example, was widely defended with arguments quite similar to those used to support the extension of free public education} (STEINMO, 1994).

<sup>14</sup> “In short, free public education succeeded and became as American as apple pie, while health care became associated with an intrusive state not because of fundamental differences in these two types of policies. Instead, private education did not have a wealthy and powerful organized interest group which could use the checks and balances of the American political system to veto this legislation” (STEINMO, 1994).

<sup>15</sup> “Although Canada and the United States are similar in many ways, they diverged on the question of health insurance because of differences in their political systems. (...) The American two-party system means more compromises are needed to allow politicians to work within the broad coalitions that comprise each party. That made it easier for doctors and insurance companies in the U.S. to lobby against universal health care, leaving 44 million Americans without health insurance. Nonetheless, 14% of the U.S. gross domestic product goes to health care costs, compared with 9% in Canada” (MAIONI, 2000).

Assim, o Canadá e os Estados Unidos, dois países similares em muitas questões, inclusive na intervenção residual do Estado no setor saúde até os anos 60, teriam trilhado caminhos diferentes a partir daquela data devido às diferentes engenharias políticas. O modelo bi-partidário adotado nos Estados Unidos demandaria muito mais compromissos com as grandes tendências que formam as duas coalizões. Essa característica tornaria mais fácil para os médicos e companhias de seguro saúde fazerem oposição às proposições de um sistema universal de saúde (MAIONI, 2000). Além disso, nos Estados Unidos, a arena legislativa criaria também muitas oportunidades para os grupos opositores a uma determinada medida se manifestarem ou bloquearem seu avanço. Essa dinâmica poderia ser vista durante as discussões em torno das propostas de um amplo plano de saúde, feitas durante o primeiro mandato do presidente Clinton. O fracasso das propostas poderia ser atribuído, de acordo com Skocpol, ao sistema político, já que, nos Estados Unidos, antes que uma lei alcance a aprovação (ou veto) do presidente existiriam muitas oportunidades para retaliações e manobras políticas (SKOCPOL, 1997).

Além disso, diferente do modelo bi-partidário dos Estados Unidos, no Canadá haveria um terceiro partido de tendência social-democrata, o Novo Partido Democrático (*New Democratic Party -NDP*), que desde sua fundação teve na saúde uma bandeira de luta. E foi capaz, mesmo nunca tendo formado nenhuma maioria parlamentar, de influenciar as discussões e pressionar os demais partidos a seguirem o caminho da universalização (MAIONI, 1997).

Nessa versão dos fatos, a existência de uma voz independente dentro do sistema político canadense teria pressionado o partido dominante a adotar medidas que conduziram a um sistema cada vez mais abrangente de saúde. A busca dos Liberais em manterem uma base de sustentação parlamentar teria tido nesse terceiro partido um aliado que, em troca, teria cobrado de um relutante Partido Liberal a implementação de suas propostas para o setor saúde.

Portanto, existem duas linhas de argumentação bastante aceitas para explicar as diferenças que assumem os diferentes modelos de proteção social. De um lado, a explicação culturalista e sua ênfase na “cultura”, num suposto caráter nacional que limitaria ou aceitaria a intervenção do Estado. De outro, o institucionalismo e sua ênfase no sistema político como fator determinante para entender as diferenças na extensão da intervenção estatal. As diferenças nas estruturas políticas de intermediação de interesses explicariam porque alguns países adotam políticas universais de saúde e outros não. A abordagem de Immergut (1996), Skocpol (1997) e Maioni (1997) são exemplos desse tipo de explicação.

## **1.2. Uma crítica às explicações culturalista e (neo) institucionalista**

Algumas críticas poderiam ser feitas aos modelos explicativos baseados no conceito de cultura política e do (neo) institucionalismo. De certa forma, ao apresentarmos os argumentos do (neo) institucionalismo, já foram feitas algumas ressalvas aos argumentos da corrente culturalista. Resta ainda fazer uma revisão crítica de alguns das premissas utilizadas pelos (neo) institucionalistas.

Em primeiro lugar, há a questão do papel da burocracia, que teria uma posição de quase neutralidade no processo de condução das políticas públicas. Immergut (1996), por exemplo, aponta a burocracia como o formulador das propostas de reformas do setor saúde apresentadas ao Parlamento. Aparentemente para a autora, a burocracia não teria influência nas outras fases da política. Entretanto, se desconsidera que uma grande parte da luta política entre grupos de interesse acontece justamente dentro das estruturas burocráticas.

Em segundo lugar, temos a questão do sistema político e do Estado. Estado, burocracia e sistema político podem significar e ter funções muito diferentes, de acordo com as situações nas quais essas instituições estão inseridas (BADIE; BIRNBAUM, 1983; BADIE, 2000).

Em terceiro lugar, o (neo) institucionalismo, ao centrar sua atenção no debate parlamentar e na influência, ignora que uma grande parte do trabalho político ocorre fora do âmbito legislativo.

Essas limitações das duas correntes podem ser vistas no estudo das políticas de saúde do Canadá e dos Estados Unidos.

### **1.2.1. Burocracia e seu papel político**

Não é preciso aqui reconstituir as observações de Weber (1963a; 1981a; 1994) de que a burocracia é uma das principais fontes de poder no mundo moderno. Para o autor, a burocracia seria o exemplo mais típico das formas de domínio legal. Entre as características definidas dessa burocracia estaria a separação entre função e indivíduo, ou seja, nenhum funcionário do Estado seria dono do seu cargo ou dos meios administrativos e a ocupação dos cargos se daria por concurso de prova e títulos.

Weber ainda faz uma distinção entre o burocrata e o político. Para o autor, os burocratas deveriam dedicar-se à administração imparcial e sujeitar-se a uma ética de fins últimos. Já os políticos estariam sob uma ética de responsabilidade, sua honra estaria na capacidade de executar as ordens do governante como se a mesma fosse uma convicção sua (WEBER, 1963b).

É claro que esse modelo puro não corresponde a uma realidade empírica, como lembra o próprio autor. Em países como o Brasil, a administração pública sempre foi um amálgama desse modelo burocrático e de formas de dominação tradicional, na qual os servidores do Estado se ligam diretamente ao poder político e os interesses dos ocupantes dos cargos políticos mesclam seus interesses pessoais com os interesses do Estado. A política de espólios, na qual cargos públicos são distribuídos como forma de recompensar apoios políticos, nunca deixou de existir.

De outra forma, a separação entre burocrata e político não impede que a burocracia seja uma das principais forças na criação e implementação das políticas públicas.

Como já lembrava Peters, em 1982, apontar a burocracia como um dos principais agentes no processo de criação e implementação de políticas públicas é quase um lugar comum. Essa visibilidade do grupo fez com que duas principais correntes se firmassem sobre o papel da burocracia nas “sociedades modernas”:

Suas abordagens têm variado dos teóricos da sociedade pós-industrial que deram as boas vindas ao processo de decisão racional e tecnocrático da burocracia (...) aos que, como os jornalistas, fizeram grandes esforços para providenciar a “prova” das inadequações da burocracia no processo de tomada de decisão governamental. Em algum lugar entre essas duas visões extremas se encontra a maioria dos estudantes de administração pública, contentes com a crescente importância da burocracia pública, mas apreensivos na fraqueza de seus modelos para explicar o papel decisório que vem sendo assumido [pela burocracia]<sup>16</sup> (PETERS, 1981, p. 56, nossa tradução).

Nessa zona intermediária, existe uma imensa literatura sobre a relação entre burocracia e políticas públicas: desde os teóricos que percebem a burocracia como incapaz de produzir qualquer inovação setorial até aqueles que atribuem ao grupo o papel de principal fonte de idéias e projetos para o Executivo ou Parlamento.

Parece que todas essas correntes teóricas guardam alguma relação com a realidade, ou seja, dependendo da sociedade e circunstância histórica, o grupo pode ser visto como fonte de inovação setorial ou apenas um outro grupo que busca maximizar sua renda. Assim, buscando maximizar sua renda ou sendo apenas um ente monolítico sem capacidade de ação ou sendo fonte de inovação setorial, a burocracia teria uma influência considerável na condução das políticas públicas.

---

<sup>16</sup> “Their approaches have ranged from the theorists of post-industrial society who have welcomed the rational, technocratic decision-making processes of the bureaucracy (...) to those who, like the journalists, go to great lengths to provide ‘proof’ of the inadequacies of bureaucratic decision-making in government. Somewhere between those two extreme views has been found the majority of students of public administration, gleeful over the increasing importance of public bureaucracy, but apprehensive over their weakness of their own models for explaining the policymaking role being assumed” (PETERS, 1981, p. 56).

Entre os teóricos que defendem a tese de que a burocracia é um agente político com idéias próprias, existem duas correntes principais: uma argumenta que o burocrata seria um defensor da ideologia institucional. Assim, o grupo teria um conjunto de idéias sobre o que o governo deveria fazer, mas essas idéias seriam confinadas aos limites da instituição. Outros teóricos irão argumentar que a burocracia não estaria somente interessada em administrar as rotinas, mas também impor um novo conjunto de políticas, um “novo referencial” para o setor ou até para a sociedade como um todo, que não guardaria uma relação direta com a “ideologia institucional”. Esse novo referencial poderia vir de uma ideologia profissional ou de outras idéias que circulam na sociedade<sup>17</sup>.

Nessa última perspectiva, os diferentes grupos de burocratas produziram idéias diversas sobre o papel e os limites da intervenção do Estado. Essas idéias poderiam ser guiadas por diversos interesses: pela busca em expandir seu espaço institucional, promover uma agenda específica, aumentar seus salários, etc. Na maioria das vezes, uma determinada agenda do grupo é atravessada por todos esses interesses, com ênfase maior em um ou mais desses interesses.

Nessa versão não existiria “a burocracia” com uma resposta única, já que cada grupo estará condicionado por diferentes lógicas de funcionamento e limitado pelos limites específicos da instituição (e de outras idéias e ideologias que circulam numa sociedade)<sup>18</sup>.

Esse conjunto de diferentes idéias em disputa sobre o papel do Estado e os limites de sua intervenção oferecerá ao poder político diferentes opções de escolha, de acordo com os interesses dos grupos à frente do Estado numa determinada conjuntura. Como consequência dessa situação:

Não existiria nenhuma ideologia ou filosofia integradora, apenas um conjunto de ideologias específicas sobre problemas políticos específicos. Essas ideologias, ao invés de integrar as atividades dos governos tendem a fragmentá-lo, transformando o governo num feudo de ideologias, se não competitivas, ao menos não cooperativas. (...) Assim como a política partidária permite ao eleitor selecionar entre governos alternativos, os quais, por sua vez, são supostamente ligados a políticas alternativas,

---

<sup>17</sup> O que tudo indica, no Brasil, o “tenentismo”, ou outros movimentos de origem militar, serão exemplos dessa “ideologia institucional” que acaba por transbordar as fronteiras da instituição, produzindo uma série de idéias sobre qual deveria ser a organização social.

<sup>18</sup> “Burocracia o ‘produtor’ das políticas de governo não é produtor calculista de decisões, mas antes um conglomerado de grandes organizações e atores políticos que divergem substancialmente sobre o que o governo deveria fazer em qualquer assunto em particular e que competem para influenciar as decisões e ações governamentais” {Bureaucracy the ‘maker’ of government policy is not one calculating decision-maker, but rather a conglomerate of large organizations and political actors who differ substantially about what their government should do on any particular issue and who compete in attempting to affect both governmental decisions and the actions of their government} (ALLISON; HALPERIN, 1972, p. 42, nossa tradução).

a competição burocrática permite que políticos e administradores escolham mais diretamente entre alternativas políticas<sup>19</sup> (PETERS, 1981, p. 71-82, nossa tradução).

Nessa perspectiva, o Parlamento não será o lócus das disputas políticas. O Parlamento “sancionará” um das idéias surgidas do embate político entre os diversos grupos de interesse e as burocracias que se enfrentam em outras arenas:

O papel do Congresso parece, em grande medida, o de ratificar os acordos que surgem da burocracia e dos agentes de classe lá representados. Revisões atribuídas ao Congresso relacionadas, em questões como cláusulas de exceção [no caso da política de comércio exterior], fazem parte do jogo distributivo que o Congresso joga em todas as oportunidades possíveis<sup>20</sup> (LOWI, 1964, p. 705, nossa tradução).

Os partidos políticos ainda teriam a palavra final, mas a implementação e os detalhes seriam deixados para a burocracia, o que levaria a um esvaziamento do Parlamento como instância de produção de novas políticas (PORTER, 1965; SIGELMAN; VANDERBOK, 1977).

De outra forma, essa competição entre diferentes “ideologias burocráticas” e sua interseção com as diversas conjunturas políticas faria com que um determinado conjunto de idéias do grupo tivesse que esperar uma “janela de oportunidade<sup>21</sup>” para ser colocada em prática.

Aqueles burocratas interessados em mudar as políticas talvez tenham de esperar vários anos antes de implementar suas idéias, até que tenha se desenvolvido suficiente apoio popular e político. O movimento pelo Medicare e o desenvolvimento de programas comunitários de saúde mental são exemplos de mudanças políticas geradas dentro da burocracia e que demandaram um longo período da formulação até a implementação<sup>22</sup> (PETERS, 1981, p. 67, nossa tradução).

---

<sup>19</sup> “There would be no integrating ideology or philosophy, only a set of specific ideologies about specific policy problems. These ideologies, rather than integrating the activities of government tend to fragment government and render it a set of competing, or at least not co-operating, fiefdom. (...) Just as partisan competition allows a voter to select among alternative governments, which in turn are supposed to be related to alternative policies, bureaucratic competition allows political and administrative personnel to choose more directly among alternative policies” (PETERS, 1981, p. 71-82).

<sup>20</sup> “The Congress's role seems largely to have been one of ratifying agreements that arose out of the bureaucracies and the class agents represented there. Revisions attributable to Congress concerned such matters as exceptions in coverage, which are part of the distributive game that Congress plays at every opportunity” (LOWI, 1964, p. 705).

<sup>21</sup> Uma “janela de oportunidade” descreve uma conjuntura propícia à mudança gerada por fatores externos ao setor. Tuohy esclarece que ela pode ser criada por fatores políticos mais amplos, porém essa conjuntura sempre será interpretada e condicionada pelos interesses internos do setor (TUOHY, 1999).

<sup>22</sup> “Those bureaucrats interested in changing policies may have to wait a number of years before implementing their ideas, until sufficient popular and political support is developed. The movement for Medicare, and the development of community mental health programs are examples of policy changes generated within the bureaucracy and which typically required a very long time from formulation to implementation” (PETERS, 1981, p. 67).

### 1.2.2. A cultura política e a opinião pública no processo de constituição de uma política

Como vimos, existe um “senso comum” que percebe em uma suposta “cultura política” a variável explicativa para as diferenças entre os modelos de proteção sociais adotados no Canadá e nos Estados Unidos. Nessa perspectiva, os estadunidenses considerariam o Estado como um mal necessário, enquanto os canadenses seriam mais favoráveis à ação do Estado como uma maneira de promover a justiça social.

Entretanto, o Estado de Bem-Estar social no Canadá “não nasce de um consenso sobre a lógica e a moralidade da provisão coletiva para atender aos riscos e necessidades comuns”. Nem os arquitetos do sistema eram “reformadores socialistas com visões de um paraíso social dançando em suas cabeças. Eles eram servidores públicos de inspiração keynesiana que viam nos programas sociais um elemento necessário de uma democracia e economia moderna” (BATTLE, 1998, p. 337).

De acordo com Taylor<sup>23</sup>, um dos fatos mais impressionantes da adoção de um sistema universal de saúde foi o maciço apoio dado pelo Parlamento à adoção da legislação, em um momento em que aparentemente não havia grande interesse da opinião pública em favor de tal medida. O maciço apoio do Parlamento em tais ocasiões foi, entretanto, excepcional e obscurece a oposição de grupos de interesses poderosos e a resistência de alguns governos provinciais à adoção das medidas. Ao mesmo tempo, obscurece também a relutância, quase oposição, de alguns membros do Parlamento que votaram favoravelmente apenas sob a coação imposta pela rígida disciplina partidária (BOASE, 1996).

O programa pioneiro de seguro saúde introduzido pela província de *Saskatchewan*, durante os anos 70, não foi implementado pelo clamor popular contra as iniquidades de acesso à saúde, mas não obstante a reação popular contra isso. O Partido Democrático Novo (NDP) e o arquiteto do plano, Tommy Douglas, foram derrotados na eleição que se seguiu à introdução do Plano e ficaram longe do comando da província por quase uma década. Portanto, mesmo que o papel de empreendedor político desempenhado pelo Partido seja incontestável, talvez se devesse colocar em perspectiva essa suposta ameaça eleitoral que representaria o Partido Democrático Novo (NDP) e suas propostas de um programa de saúde universal. De fato, existia um apoio genérico às propostas de um programa de saúde universal

---

<sup>23</sup> Boase (1996) utilizou-se de uma versão revisada e ampliada do livro de Malcolm Taylor ao qual nós não tivemos acesso. Nessa nova edição utilizada por Boase, Taylor acrescenta alguns comentários ao *Health Act* de 1984. TAYLOR, Malcolm. 1987. **Health Insurance and Canadian Public Policy: The Seven Decisions That Created the Canadian Health Insurance System and Their Outcomes**. Montreal & Kingston: McGill-Queen's University Press.

entre os canadenses. Mas esse apoio não era por um programa administrado pelo Estado e sim de subsídios às iniciativas de caráter voluntário patrocinado por empresas ou associações (TAYLOR, 1978).

As populações, tanto do Canadá quanto dos Estados Unidos, defendiam as propostas de um programa de saúde de abrangência nacional. Nos Estados Unidos, por exemplo, entre 1943 e 1965, uma maioria estável de cerca de 2/3 dos estadunidenses eram favoráveis a alguma forma de assistência governamental para a saúde. No Canadá não era diferente. Entretanto, em ambos os países, conforme as propostas se tornavam mais específicas, o público demonstrava uma resposta menos favorável e mais fragmentada para essa questão (MARMOR, 1973).

Marmor (1973) argumenta que as propostas e o processo que conduziram ao Medicare Americano, na década de 60, ilustraria a relativa irrelevância da opinião pública no processo de discussão das políticas de saúde<sup>24</sup>. O autor conclui que o apoio ou simpatia do público a um problema social qualquer é uma condição necessária, mas não suficiente para que seja aprovada alguma medida pública para o problema. Nas discussões em torno do Medicare, a maioria das pesquisas revelava um grande desconhecimento do público das propostas discutidas no Congresso e existia também uma tendência do público em acreditar que se tratava de um programa que incluía um seguro tanto para as despesas médicas quanto hospitalares.

De fato, a legislação esboçada pela burocracia do setor tacitamente tinha incluído as objeções da Associação Médica Americana (AMA) e não mencionava os serviços médicos na legislação, apenas previa a cobertura das despesas hospitalares. Entretanto, a percepção do público, “capturado” na propaganda de guerra entre a Associação Médica Americana (AMA) e as organizações favoráveis à legislação era a de que tanto as contas dos médicos quanto dos hospitais estariam cobertas pela legislação. Isso forneceu aos defensores de uma maior abrangência na cobertura das ações do Estado no setor um inesperado recurso político. A legislação final incluiu tanto os serviços médicos quanto os serviços hospitalares, mesmo que essa previsão não estivesse no esboço de legislação apresentado ao Congresso (MARMOR, 1973).

---

<sup>24</sup> Marmor retornou essa questão em trabalho recente, ao tentar demonstrar que, nos países membros da Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento (OECD), os supostos valores nacionais somente de uma maneira muito tênue poderiam ser associados aos diferentes arranjos presentes na organização do setor saúde daqueles países (MARMOR; OKMA; LATHAM, 2002).

Isso significa dizer que existe uma influência, mas que ela não determina a agenda política das propostas legislativas. A opinião pública, nesse episódio, teria de fato desempenhado um papel importante na aprovação da legislação, mas esse papel foi quase inesperado. Portanto, pode-se inferir que as preferências da opinião pública e dos eleitores influenciaram apenas de forma marginal o resultado das propostas de seguro saúde tanto no Canadá como nos Estados Unidos.

Até que ponto o Parlamento influencia a constituição das políticas do setor?

### **1.2.3. Estruturas políticas e intermediação de interesses: o papel do Parlamento na constituição das políticas de saúde**

É razoável supor que as estruturas políticas no Canadá e nos Estados Unidos realmente desempenharam um papel expressivo no processo de intermediação dos grupos de interesse e na constituição das políticas do setor. O modelo pluralista de múltiplos canais de acesso do modelo presidencialista nos Estados Unidos é muito diferente do modelo parlamentar no Canadá, que favorece uma intermediação corporativa de interesses. Essas diferenças devem ser levadas em conta quando se analisa o destino de uma política, uma vez que uma proposta de legislação chegue ao Parlamento. Entretanto, ao se analisar somente a estrutura de intermediação de interesses no Parlamento, se deixa de fora tudo o que acontece antes que o um esboço de lei chegue a essa arena e tudo que acontece depois, quando a legislação é aprovada e deve então ser colocada em prática.

Tradicionalmente se supõe que a estrutura legislativa do Parlamento estadunidense, com seus múltiplos canais de acesso, forma um labirinto que sela o destino de uma medida quando ela interfere com os interesses organizados em um determinado setor. Entretanto, esse labirinto legislativo pode ser usado tanto pelos oponentes quanto pelos defensores de uma determinada legislação.

A oposição da Associação Médica Americana (AMA) a qualquer medida que pudesse alterar a forma tradicional de inserção dos médicos no setor saúde é bastante conhecida. Essa posição esteve presente em todas as ocasiões em que algum modelo de saúde abrangente patrocinado pelo Estado esteve em discussão no Congresso. Durante os anos 40, no período da Guerra Fria, a Associação conseguiu rotular de “medicina socializante” as propostas de reforma no setor, alegando que um seguro público para a saúde reduziria o médico a uma situação de escravidão (BOASE, 1996).

Assim como aconteceu no Canadá, a Associação Médica Americana (AMA), num esforço para enfraquecer as propostas de um seguro saúde patrocinado pelo Estado, começou

a apoiar as iniciativas de seguro privado para o setor médico e hospitalar (*Blue Cross* e outras formas de seguros privados). A oposição dos médicos a iniciativas de um seguro público para o setor era, portanto, muito parecidas. No caso estadunidense, de uma forma ou outra, o poder político tacitamente incorporou essas objeções às propostas de reforma para o setor. O exemplo mais vivido desse “poder preventivo” foi a exclusão deliberada dos médicos das propostas de seguro no Medicare (MARMOR, 1973). Assim, não se deve menosprezar a existência de um grupo de interesse poderoso como a Associação Médica Americana (AMA), mas a influência do grupo não está restrita a arena parlamentar, mas também se faria valer em outras arenas.

Além disso, quando a legislação do Medicare foi aprovada nos anos 60, ela foi aprovada mesmo com a oposição da Associação Médica Americana (AMA). Portanto, a influência da Associação no debate parlamentar existia, mas ela não era uma força intransponível, apesar de toda a imagem criada pelos meios de comunicação em torno dessa oposição. Entretanto, nos anos 40, a existência da Associação Médica Americana (AMA) permitiu ao presidente Truman utilizar o grupo como um “bode expiatório” para sua inabilidade em aprovar um sistema universal de saúde. Porém, o real obstáculo não era a Associação Médica Americana (AMA), mas sim a resistência do Congresso às medidas propostas por Truman. O fato era que “Truman não conseguia reunir nenhuma maioria para qualquer uma de suas iniciativas no plano doméstico”, e a existência da Associação Médica Americana (AMA) servia como um pretexto para seus impasses com o legislativo (MARMOR, 1973, p. 13).

Isso não quer dizer que a Associação Médica Americana (AMA) não se opôs às proposições para um sistema de saúde, mesmo que as propostas do Medicare nos anos 60 tivessem reduzido seu foco para uma parcela reduzida da população e que não incluísse mais os serviços médicos na proposta. A Associação utilizará em sua campanha todos os slogans tradicionais dos grupos contrários à expansão do Estado: a ameaça ao individualismo, a aversão à burocracia, o suposto fim da liberdade de escolha, entre outros. A grande verdade, entretanto, é que o grande interesse do grupo já tinha sido preservado, a separação e exclusão dos serviços médicos já tinha sido acertada, antes da batalha legislativa começar (MARMOR, 1973).

Assim, o projeto de lei apresentado ao Congresso americano não incluía os serviços médicos na legislação do Medicare. Essa previsão foi incluída depois, durante os debates legislativos. Nesse caso, as estruturas políticas não serviram de obstáculo, mas sim fortaleceu o movimento por uma legislação mais abrangente no setor saúde. Nesse processo, a vitória

dos democratas em 1964 garantiu uma legislação que incluiu os serviços médicos na nova legislação. Mesmo assim o Congresso, temendo as reações da corporação médica que, em inúmeras ocasiões tinha ameaçado não colaborar com a nova legislação, evitou prescrever uma tabela para os valores que seriam pagos aos médicos, preferindo ao invés disso estabelecer que a remuneração da profissão seguiria o que habitualmente era cobrado. O que gerou mais um problema na implementação: determinar o quanto seria esse valor “habitualmente praticado” pelos médicos(MARMOR, 1973).

Paradoxalmente, a Associação Médica Americana (AMA), o mais crítico e hostil grupo contrário à intervenção do Estado no setor saúde, foi um dos grandes derrotados no plano simbólico, mas um dos maiores beneficiários na implementação do programa, já que houve uma expressiva alocação de recursos para o setor, o que se reverteu em mais renda para a profissão. Mas, se a Associação Médica Americana (AMA) era tão influente assim no Congresso, por que não conseguiu impedir a passagem da legislação?

O longo, caro e extenso esforço dos grupos de pressão para influenciar o resultado do Medicare não deve nos levar a confundir o volume ou a intensidade da publicidade com influência. A falha em distinguir entre participação e influência dos grupos políticos tem sido uma fraqueza conceitual do modelo pluralista dos grupos de pressão política. (...) A derrota das propostas de Medicare durante o período entre 1962 e 1964 eram tradicionalmente vistas como vitórias da Associação Médica Americana (AMA), muito embora as ações da Associação Médica Americana (AMA) não fossem a razão principal para a paralisia legislativa. Certamente, a Associação Médica Americana (AMA) era influente na condução dos debates do Medicare. (...) O desenho das propostas do Medicare ao longo dos anos ilustra a capacidade da Associação Médica Americana (AMA) em influenciar a agenda da discussão e limitar as alternativas propostas pelos responsáveis pelas políticas<sup>25</sup> (MARMOR, 1973, p. 113-14, nossa tradução).

A segunda tentativa em modificar o padrão das políticas do setor saúde será empreendida durante o primeiro mandato do presidente Clinton, no início dos anos 90. Nessa ocasião, todos os oponentes concordavam que o sistema estava “doente” e precisava de reformas, mas cada grupo de interesses sugerira uma diferente solução. Um congressista declarou na ocasião que, para cada proposta de reforma havia dois ou três grupos que apoiavam e, ao mesmo tempo, dois ou três grupos contrários (BOASE, 1996). Assim, nessa disputa entre os interesses divergentes, a proposta não foi adiante. O que levou os analistas

---

<sup>25</sup> “The long, expensive, and extensive efforts of pressure groups to affect the Medicare outcome should not lead us to confuse the volume or intensity of their publicity with influence. The failure to distinguish group participation from group influence has in fact been a conceptual weakness of the pluralist model of pressure group politics. (...) Medicare defeats during the 1962-64 period were typically viewed as AMA victories, even though AMA actions were not the chief reason for legislative inaction. To be sure, the AMA did enjoy influence in shaping de Medicare debate. (...) The pattern of Medicare proposals over time illustrated the capacity of the AMA to influence the agenda of discussion and to limit the alternatives policymakers would suggest” (MARMOR, 1973, p. 113-14).

políticos a culparem o “usual suspeito”: o sistema político. Entretanto, tanto na aprovação do Medicare, nos anos 60, quanto no fracassado plano de Clinton, no início dos 90, existiam maiorias democratas no Congresso. O que teria dado errado nessa última ocasião?

Uma análise do processo anterior à chegada no Congresso das respectivas legislações e do papel desempenhado pela burocracia poderia trazer um maior entendimento sobre esses dois episódios. Inclusive poderia trazer uma possível resposta ao questionamento proposto por Tuohy sobre por que os Estados Unidos não adotou um sistema universal nos anos 60, como fez o Canadá, quando a arena do setor saúde era similar nos dois países (TUOHY, 1999, p. 118).

Nos anos 60, além da maioria democrata favorável à medida, dos grupos contrários e favoráveis existia também uma percepção falha do público sobre a extensão da legislação sendo discutida no Congresso. Naquela ocasião, o Executivo não tinha um plano “B”, porque desde o final dos anos 50, o governo (a burocracia do setor) tinha focalizado em criar e implementar um plano de seguro saúde que incluía apenas os idosos e para cobertura das despesas hospitalares apenas. Existia um plano “A” muito bem desenhado, mas não existia um plano “B”.

Nos anos 90, por sua vez, o presidente Clinton introduziu um modelo de saúde inacabado, complexo e não familiar perante o Congresso. Segundo Tuohy (1999), no caso americano, qualquer legislação para ter chances de aprovação precisa estar de antemão bem estruturada em todos os detalhes antes de chegar à arena parlamentar. O que não foi o caso da proposta de Clinton. Assim, um tempo precioso foi gasto no desenho da política quando esse debate já tinha se tornado público e, portanto, teria se perdido a “janela de oportunidade” proporcionada pela legitimidade política de um primeiro mandato.

Tuohy (1999) ressalta que quando uma “janela de oportunidade” se abre os formuladores de uma política precisam ter uma proposta cuidadosamente desenhada para tirarem vantagem da situação.

No caso estadunidense, nas duas ocasiões, quando o tempo político estava ajustado, não havia nenhum plano estruturado e capaz de ser conduzido pelas estruturas do Congresso. Assim, nas duas oportunidades, quando o tempo político estava alinhado, não existia capacidade estatal pronta com um plano para ser passado pelo Congresso. Esse não foi o caso

do Canadá, onde o Estado e a burocracia foram capazes de planejar e implementar um sistema universal de saúde num ritmo lento, porém constante<sup>26</sup>.

Finalmente, pode-se tentar enfatizar o possível papel da burocracia na resposta à indagação de Tuohy (1999) de por que não se adotou um sistema universal de saúde nos Estados Unidos, quando em igual período foi adotado um modelo com essas características no Canadá. Durante os anos 60, quando se abriu uma “janela de oportunidade”, não existia nenhuma proposta pronta para ser passada pelo Congresso, já que a burocracia do setor tinha um plano bem desenhado para um grupo específico da sociedade: os idosos. Nos anos 90, a proposta de mudança veio diretamente do Executivo para o Congresso e essa outra “janela de oportunidade” foi perdida, já que a ausência de um plano fez com que se começasse o debate parlamentar sem que o Executivo tivesse um plano bem desenhado e pronto para discussão.

#### **1.2.4. Canadá: o papel do Estado e da opinião pública na constituição das políticas do setor saúde**

Em primeiro lugar, é preciso notar que a burocracia e o Estado possuem funções diferentes no Canadá e nos Estados Unidos.

O Estado, no Canadá, sempre esteve diretamente envolvido na economia. Inicialmente suprindo os recursos necessários para o desenvolvimento de estradas, portos e rodovias. Numa fase mais avançada do século XX, a influência estatal foi utilizada para proteger a nascente indústria e também para suprir determinados bens públicos (WALLACE, 1950).

Durante todo o século XX, empresas de capital público (*Crown corporations*) atuavam diretamente na economia. O número dessas empresas cresceu sem parar durante os anos 60 e 70. Mesmo durante o processo de privatização nos anos 80, esse processo não se reverteu, já que as empresas que restaram se expandiram e adquiriram novas filiais. No início dos anos 90, as empresas públicas representavam 10% dos ativos corporativos, 20% dos ativos fixos e perto de 10% do PIB. Em 1998, não obstante as mudanças ocorridas durante a década, restariam ainda 300 empresas públicas federais, 100 provinciais e inúmeras empresas semelhantes no nível municipal (TAYLOR; WARRACK, 1998).

A burocracia, por sua vez, desempenharia um papel político significativo. Segundo Presthus (1974), numa análise produzida no início dos anos 70, o poder no Canadá residiria em três centros de poder interligados: ministros, alto serviço público e grupos de interesse.

---

<sup>26</sup> Refere-se aqui ao conceito de “*steady state*” (da teoria de Lehman) utilizado por alguns autores para descrever a criação e implementação do Estado de Bem-Estar Social no Canadá (BOASE, 1996).

Não existiria, naquela ocasião, uma classe empresarial capaz de produzir um poder que contrabalançasse esses grupos.

A burocracia também seria um caminho natural para o poder: Mackenzie King, Lester Pearson e Pierre Trudeau são três ministros que seguiram essa trajetória. Mackenzie King permaneceu como primeiro ministro do Canadá por mais de três décadas, entre os anos 20 e 40. Pierre Trudeau foi primeiro ministro do Canadá do final dos anos 60 até o início dos 80 (BERTRAND, 2000; HODGETTS, 1982; NEMNI; NEMNI, 2006; PORTER, 1965).

Portanto, o Estado e a burocracia desempenharam sempre um papel muito maior na intermediação dos interesses sociais no Canadá do que nos Estados Unidos. A burocracia se constituiu à margem do Partido Liberal, que esteve no poder durante a maior parte do século XX. À medida que crescia a longevidade no poder do partido também crescia a força e influência da burocracia (HODGETTES, 1957; ZOLF, 2002).

No Canadá, a intervenção do governo federal também desempenhou um papel diferenciado na implementação das propostas para o setor saúde. O governo federal, seguindo sistema de subvenções estabelecido no final dos anos 50, iria se tornar um dos principais atores no setor saúde, mesmo que constitucionalmente a saúde estivesse sob a jurisdição das províncias.

O seguro hospitalar (*Hospital Insurance and Diagnostic Services Act*), estabelecido em 1957, e o seguro dos serviços médicos (*Medical Care Act*), estabelecido em 1966, seguiram um padrão no qual o governo federal se comprometia a subsidiar 50% dos custos incorridos pelas províncias. Em troca, as províncias tinham que cumprir certos requisitos referentes, previamente estabelecidos entre as partes (MADORE, 2004).

Essa fórmula era politicamente interessante para províncias e governo federal (HACKER, 1998; TAYLOR, 1978). Entretanto, diante dos custos crescentes do setor, novos modelos de divisão dos custos foram introduzidos. O governo federal reduziu sua participação direta nos custos do setor. A cobrança de taxas dos usuários e de complementação por parte dos médicos se tornou uma prática corriqueira em algumas províncias.

Em 1984, com a introdução do *Canada Health Act (CHA)*, por iniciativa também do governo federal, se substituiu o incentivo financeiro por penalidades. As províncias que não cumprissem as determinações da nova legislação, na verdade uma atualização e condensação dos dois atos já citados, seriam penalizadas com a retenção dos recursos regulares transferidos para a província para aplicação no setor saúde.

Na década de 90, essas penalidades não pareciam mais suficientes para manter o cumprimento do estabelecido na legislação de 1984. Cria-se então uma nova legislação que

vincula não somente os recursos da saúde, mas todas as transferências federais ao cumprimento do estabelecido no *Canada Health Act* (CHA).

Assim, o governo federal, utilizando-se do poder de transferir recursos, modelou o sistema de saúde nas províncias. Isso foi feito por meio de um sistema de negociação entre províncias e governo federal, sem que o Parlamento tivesse uma participação direta. Ele “apenas” ratifica o que tinha sido acertado previamente entre “governadores” das províncias e governo federal<sup>27</sup>. Para Madore, o Parlamento teria participado na criação do *Canada Health Act* (CHA). Mas a própria autora admite que o ato em si não era novo, já que apenas teria atualizado o que já existia em outras legislações. O que existia de novo eram as penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas (MADORE, 2004).

É claro que iniciativas das províncias na área não eram inexistentes. A província de *Saskatchewan* de fato tinha sido uma espécie de laboratório das iniciativas que depois seriam introduzidas no nível nacional pelo governo federal. Foi assim na questão do seguro hospitalar e, depois, no seguro médico que resultou numa greve dos médicos da província contra a adoção da medida.

A resistência da corporação à adoção de um seguro saúde de certa forma delimitou os limites para intervenção do Estado na questão da remuneração e autonomia da profissão. A resistência médica à adoção de um seguro universal foi proporcional ao crescimento de um setor privado de seguro saúde. Com o crescimento desse setor, uma aliança se forma entre profissão e setor privado que se oporão às medidas do setor público (TAYLOR, 1978).

A ação governamental, ao mesmo tempo em que limitou e diminuiu o tamanho do setor privado, acaba por preservar a autonomia da profissão e sua posição dentro do setor saúde. Ou seja, manteve-se um modelo de prática privada, mas de pagamento público, com o direito da profissão de cobrar uma complementação do usuário quando a remuneração paga pelo Estado não correspondesse àquela fixada pela categoria (NAYLOR, 1986). Esse modelo foi mantido até 1984, quando a prática de cobranças extras foi proibida pelo *Canada Health Act* (CHA).

Por sua vez, o apoio da população à adoção de um sistema extensivo de seguro saúde não significava o amparo ao modelo proposto pela burocracia do Estado desde a década de 40.

---

<sup>27</sup> A legislação do *Hospital Act*, por exemplo, foi aprovada de forma unânime pelo Congresso, duas semanas depois que ela tinha sido apresentada ao Parlamento. Menos de um mês depois que o governo federal chegou ao entendimento com as maiores províncias do país (isto é, todas com exceção de Québec, que tradicionalmente se opunha à maioria das iniciativas do governo federal). O *Medical Act* seguiu também um caminho muito parecido com o do *Hospital Act*.

A opinião pública, assim como no Estados Unidos, mesmo apoiando alguma versão de seguro saúde, não mostrava nas pesquisas de opinião ou nos resultados eleitorais uma forte aprovação às propostas de um sistema alicerçado no Estado. As eleições do período resultaram no ganho de somente duas cadeiras a mais para o Partido Liberal e uma pesquisa de opinião mostrava que os entrevistados preferia uma abordagem voluntária, ao invés de um plano compulsório (TAYLOR, 1978). Entretanto, existia um consenso entre o eleitorado de que alguma coisa deveria ser feita. Esse fato, aliado às circunstâncias políticas e à necessidade de apoio do Partido Democrático Novo (NDP) para formar uma maioria parlamentar, obrigou o Partido Liberal a agir e introduzir uma legislação que passou a incluir os serviços médicos, depois de ter chegado a um acordo com as províncias mais importantes do país.

Assim, pelas próprias características do Parlamento no Canadá, a maioria das decisões sobre a criação e implementação das políticas do setor saúde ocorre em uma arena que praticamente excluiu o debate legislativo. O desenho das políticas para o setor foi o resultado de uma negociação que envolveu o primeiro ministro, os “governadores” das províncias e um seleto grupo de interesses do setor saúde. Esse tipo de articulação política seria uma característica do sistema político canadense também em outros setores sociais<sup>28</sup>.

### **1.2.5. Além (ou antes) do Parlamento**

A análise empreendida até aqui mostra um modelo de intermediação de interesses no qual o Parlamento não parece ser o fator determinante nas formas que assumem os modelos de proteção em saúde adotados na América do Norte. Isso não significa que a influência dessa arena seja inexistente. Entretanto, ao valorizar excessivamente as estruturas políticas, a análise institucionalista acaba por despolitizar a sociedade.

Como lembra Sokolovsky (1998), a forma condiciona o resultado, mas a forma é uma construção social, condicionada por circunstâncias específicas. Como é mostrado, conceitos como Estado e burocracia não são fatores exógenos a uma política, mas possuem uma influência direta na constituição das mesmas. Por sua vez, ao se mudar o foco da análise para o momento da formulação das políticas, percebe-se que esse processo pode influenciar decisivamente no resultado, já que o esboço de uma legislação serve de parâmetro e mesmo limita o debate parlamentar.

Por sua vez, a análise institucionalista, ao negligenciar tudo que foge às estruturas formais de intermediação de interesse, acaba por desconsiderar que muitas barganhas entre os

---

<sup>28</sup> Sobre esse assunto ver os trabalhos de Porter (1965) e Savoie (1999).

grupos ocorrem fora dessas estruturas parlamentares. Uma grande parte da negociação envolvendo as propostas do Medicare nos Estados Unidos ocorreu fora da arena propriamente parlamentar. No caso específico do Canadá, as políticas foram definidas quase que totalmente fora da arena parlamentar, sendo apenas ratificadas pelo Parlamento, quando todos os detalhes estavam acertados entre províncias e Ottawa.

Quanto aos interesses da corporação médica, alguns de seus principais pleitos já tinham sido atendidos antes de o debate parlamentar se iniciar, tanto no Canadá quanto nos Estados Unidos.

### **1.3. As políticas públicas e o papel dos agentes setoriais**

Assim, teria que se ir além das estruturas políticas para se entender as formas que assumem os modelos de proteção social. Nessa visão, os agentes setoriais teriam um papel chave na forma que assumem esses modelos de proteção. Nesse trabalho se busca analisar as inter-relações entre a profissão médica e burocracia da saúde (essa composta também por um grande número de médicos), já que esses dois grupos se constituiriam nos dois principais agentes que mediarão as políticas do setor saúde no Brasil: a burocracia da saúde mediará as políticas do Estado; os médicos, mediarão a implementação dessas políticas, embora a influência de nenhum dos dois grupos esteja restrita a essas duas arenas.

Diferente do conceito de Thoening (apud MULLER, 1990) para o qual uma política pública se apresenta sob a forma de um programa de ação próprios a uma ou mais autoridades governamentais, defendemos que a mesma deve ser entendida como um processo de mediação social:

[...] o objeto de qualquer política pública é lidar com os desajustamentos que podem acontecer entre um setor e os demais setores, ou ainda, entre o setor e a sociedade global. Diremos que o objeto de uma política pública é administração de uma relação global/setorial<sup>29</sup> (MULLER, 1990, p. 24, nossa tradução).

Utilizamos o conceito de “agente”, ao invés de “ator”. Por “agentes setoriais” entendemos todos aqueles grupos que compõem um determinado setor social.

Um setor é uma reunião de papéis sociais estruturados por uma lógica de funcionamento geralmente profissional. Por exemplo, o setor saúde agrupa o conjunto de funções que integram as profissões de saúde: médicos, enfermeiras,

---

<sup>29</sup> “[...] l’objet de chaque politique publique est de prendre en charge les désajustements qui peuvent intervenir entre un secteur et d’autres secteurs, ou encore entre un secteur et la société globale. On dira que l’objet d’une politique publique est la gestion d’un rapport global/sectoriel” (MULLER, 1990, p. 24).

administradores hospitalares, pesquisadores de laboratórios farmacêuticos...<sup>30</sup> (JOBERT; MULLER, 1987, p. 55, nossa tradução).

Nesse processo, os “mediadores” serão as figuras fundamentais na criação e implementação das políticas públicas. Eles serão os produtores dos “algoritmos políticos” capazes de dar coerência e operacionalidade a um determinado setor social:

Uma política pública existe somente por meio dos *atores concretos* que se relacionam (ou se necessário se enfrentam) no momento de sua elaboração e implementação. Nós chamaremos de *mediadores* os agentes que realizam a construção do referencial de uma política, isto é, a criação das imagens cognitivas determinando a percepção do problema pelos grupos envolvidos e a definição de soluções adequadas<sup>31</sup> (MULLER, 1990, p. 50, nossa tradução)

Assim, os agentes setoriais que, na maioria das vezes, são esses mediadores, “ocupam uma posição *estratégica* dentro do sistema de decisões à medida que formulam o *quadro intelectual* dentro do qual se desenrolam as negociações, os conflitos, ou as alianças que conduzem à decisão<sup>32</sup>” (MULLER, 1990, p. 50, nossa tradução). No caso da saúde, as corporações profissionais, principalmente os médicos, determinam as principais imagens políticas e organizacionais do setor. É claro que não são somente esses agentes que compõem o setor, entretanto, eles podem ser identificados como o pólo profissional dominante. Desse modo, as lutas do campo médico acabam influenciando decisivamente a organização do setor saúde.

### 1.3.1. Os médicos como mediadores das políticas de saúde

Já que buscamos compreender a influência desses agentes setoriais na dinâmica de formação e implementação das políticas de saúde, precisamos, inicialmente, delimitar os recursos de poder que determinam a participação da profissão médica no processo de mediação das políticas do setor. Muller (1990) distingue três tipos de mediadores. Nesse caso específico, estaríamos diante de uma mediação realizada por um grupo profissional:

---

<sup>30</sup> “Un secteur est assemblage de rôles sociaux structurés par une logique de fonctionnement en général professionnelle. Par exemple, le secteur médical regroupera l’ensemble des rôles qui concourent à l’exercice des professions de santé: médecins, infirmiers, administrateurs d’hôpitaux, chercheurs des laboratoires pharmaceutiques...” (JOBERT; MULLER, 1987, p. 55).

<sup>31</sup> “Une politique n’existe réellement qu’à travers les acteurs concrets qui entretient en relation (au besoin en s’affrontant) à l’occasion de son élaboration ou de sa mise en oeuvre. On appellera médiateurs les agents qui réalisent la construction du référentiel d’une politique, c’est-à-dire la création des images cognitives déterminant la perception du problème par les groupes en présence et la définition des solutions appropriées” (MULLER, 1990, p. 50).

<sup>32</sup> “[...] occupent une position *stratégique* dans les système de décision dans la mesure où ce sont eux qui formulent le *cadre intellectuel* au sein duquel se déroulent les négociations, les conflits ou les alliances qui conduisent à la décision” (MULLER, 1990, p. 50).

Os [mediadores] *professionais* são aqueles representantes dos grupos sociais estruturados ao redor de uma função ou profissão: médicos, engenheiros civis, agricultores, assistentes sociais, pilotos de linha área. O recurso fundamental deles é a capacidade de definir as condições de exercício de uma profissão: os modos operatórios, as regras de excelência e os sistemas de valores profissionais. Sua legitimidade é ligada à capacidade de inscrever as reivindicações próprias de uma profissão dentro de um espaço político e intelectual mais amplo<sup>33</sup> (MULLER, 1990, p. 61, nossa tradução).

Sendo mais preciso, a ação dos mediadores profissionais se situa em três níveis: eles definem as regras de acesso à profissão, fixam as fronteiras do setor e, assim, legitimam a sua posição hegemônica no setor. A definição das regras de acesso à profissão desempenha, evidentemente, uma função estratégica, pois define as regras do jogo. Por meio dessa operação, os mediadores justificam o papel privilegiado das elites que eles representam:

[...] os agricultores modernos, os médicos hospitalares (...) ocupam um lugar central dentro do setor agrícola, da saúde, (...) porque eles definem a estrutura e as fronteiras [do setor]. Nós estamos aqui em presença de um processo circular: o grupo é dominante dentro do setor porque faz com que aceitem sua visão de mundo como dominante, inversamente, é porque o grupo é capaz de fazer com que seja aceita sua visão de mundo como “verdadeira” que ele consegue ascender à direção do setor<sup>34</sup> (MULLER, 1990, p. 62-3, nossa tradução).

Parece claro também, que os detentores desse conhecimento técnico formam um grupo com expectativas em relação a sua posição social, isto é, quais são as recompensas materiais e simbólicas que eles têm direito por fazerem parte desse grupo. A existência de uma “ideologia”, que é compartilhada pela maior parte dos membros dessa corporação, não impede a existência de uma série de disputas nos mais diferentes níveis. Essas disputas, por sua vez, são antes, um fator de fortalecimento do grupo.

A profissão médica, nessa perspectiva, possui um papel-chave na mediação das políticas do setor saúde. A profissão, entretanto, não é um agregado monolítico, existindo sempre uma luta entre grupos rivais que competem pelo direito de definir quais são os “verdadeiros” interesses de seus associados, mas também existe uma série de consensos e

---

<sup>33</sup> “Les professionnels sont les représentants des groupes sociaux structurés autour de l’exercice d’une fonction ou d’un métier: médecins, ingénieurs des Ponts et Chaussées, agriculteurs, travailleurs sociaux, pilotes de lignes. Leur ressource fondamentale est leur capacité à définir les conditions d’exercice d’une profession: modes opératoires, règles d’excellence et systèmes d’expertise. Leur légitimité est liée à leur capacité à inscrire les revendications propres à une profession dans un espace politique et intellectuel plus large” (MULLER, 1990, p. 61).

<sup>34</sup> “[...] les paysans modernisés, les médecins hospitaliers (...) occupent une place centrale dans les secteurs agricole, de santé, (...) parce qu’ils en ont défini la structure et les frontières. On est ici en présence d’un processus circulaire: c’est parce que tel groupe est dominant au sein d’un secteur qu’il fait admettre sa vision du monde comme dominante; inversement, c’est parce qu’un groupe est capable de faire accepter sa vision du monde comme ‘vraie’ qu’il peut accéder à la direction du secteur” (MULLER, 1990, p. 62-3).

crenças<sup>35</sup>. O traço comum que une o grupo é a posse de um capital escolar, esse capital escolar, certificado por meio de um título universitário e fonte de um determinado monopólio de práticas, que garantirá aos seus detentores uma posição na estrutura social. A “moeda” é o título, que tem seu valor dependente dos demais campos com os quais está relacionado e da possibilidade de capitalização no setor saúde.

### 1.3.2. Campo ou setor? Profissão ou *habitus*?

Embora Jobert e Muller (1987) e Muller (1990) não façam referência explícita ao conceito de “campo”, acreditamos que, a partir do exposto, se possa fazer uma analogia entre o conceito de “campo” e “setor”.

Segundo Muller (1990), em sociedades tradicionais, cada território funciona com um sistema relativamente fechado que encontra nele mesmo as fontes de sua reprodução. Nas sociedades modernas, por sua vez, “o setor aparece como uma estrutura vertical de papéis sociais (em geral profissionais) que definem as regras de funcionamento, a seleção de elites, a elaboração de normas e de valores específicos, a fixação de fronteiras, etc<sup>36</sup>” (MULLER, 1990, p. 19, nossa tradução). Quanto mais a sociedade se especializa, mais difícil se torna a adaptação de um setor a outros. Conseqüentemente, toda sociedade setorial será confrontada com um problema de coesão social já que, cada setor, funcionando dentro de sua própria lógica, terá que se compatibilizar com os demais. As políticas públicas terão um papel fundamental nesse processo, serão elas que garantirão essa coesão social (MULLER, 1990).

Por sua vez, Bourdieu (1983, 1990, 1996) define o *campo* como sendo o produto entre agentes portadores de um *habitus* (conjunto de disposições duráveis) e um espaço social no qual esses agentes se encontram. Esse espaço social é descrito pelo autor como

[...] um campo de forças, cuja necessidade se impõe aos agentes que nele se encontram envolvidos, e como um campo de lutas, no interior do qual os agentes se enfrentam, com meios e fins diferenciados conforme sua posição na estrutura do campo de forças, contribuindo assim para a conservação ou transformação da estrutura (BOURDIEU, 1996, p. 50).

Esses campos e suas inter-relações formam a sociedade (ou “mundo social”, termo que o autor prefere utilizar). O mundo social seria como um móbile de Calder:

---

<sup>35</sup> Ou como assevera Bourdieu: “Os que participam da luta contribuem para a reprodução do jogo contribuindo (mais ou menos completamente dependendo do campo) para produzir a crença no valor do que está sendo disputado” (BOURDIEU, 1983, p. 91)..

<sup>36</sup> “[...] le secteur apparaît comme une structuration verticale de rôles sociaux (en général professionnels) qui définit ses règles de fonctionnement, de sélection des élites, d’élaboration de normes et de valeurs spécifiques, de fixation de ses frontières etc.” (MULLER, 1990, p. 19).

As placas de móbile estão interligadas por um eixo com ramificações e entroncamentos, ou simplesmente por um fio mais tênue, e quando elas se movem simultaneamente devido a um desequilíbrio produzido num só ponto do conjunto, esse movimento exerce sobre cada uma delas efeitos diferentes resultantes de sua posição, de sua forma, de seu peso etc. (...) Portanto, é preciso estudar cada placa por si mesma procurando determinar como as divisões internas entre posições – especialmente entre as dos dominantes inclinados à ortodoxia e as dos pretendentes que introduzem a heterodoxia – contribuem para a reprodução de uma placa ou para sua transformação regular (PINTO, 2001, p. 152-3).

Assim, é razoável fazer essa ilação entre os autores. Tanto Jobert quanto Muller falam da relação existente entre o setor e a sociedade global. Os agentes setoriais conseguiriam alinhar seus interesses tanto no interior do setor quanto na relação com os outros setores (a sociedade global). Aquilo que Lowi, em outro contexto, apontou como sendo a “ideologia de uma época”:

O resultado [das disputas entre os grupos] depende não só de um compromisso entre os dois lados no Congresso, mas sobre a *definição situacional* que prevalece. Se as tarifas são um instrumento de política exterior e regulação geral com propósitos internacionais, o lado antiprotecionista vence. Se a definição tradicional de tarifa como uma ajuda para 100.000 empresas prevalece, então o lado protecionista vence<sup>37</sup> (LOWI, 1964).

Por outro lado, o conceito de profissão não pode diretamente ser transposto como sinônimo do conceito de *habitus*. Entre as características de uma profissão, entretanto, se inclui um processo de socialização específica, na qual a escola cria e estrutura, no processo de aquisição dessa determinada habilidade técnica, uma forma específica de visão e divisão do mundo social.

Entretanto, a profissão médica, muito embora constituída por portadores de um determinado título que poderiam ser enquadrados dentro de um mesmo grupo, por meio dessa taxionomia profissional, não é toda igual. A força que mantém esses agregados fracos juntos é a imagem dominante da profissão (médico liberal) e, embora todos possam se identificar com a imagem de excelência da profissão, eles se inserem no setor saúde em diferentes posições e com chances desiguais de capitalização desse título (BOLTANSKI, 1982). Assim, quando se fala no “interesse da profissão” médica nesse trabalho está se falando dos interesses principais daqueles grupos que conseguem se sobrepor aos demais.

Não existe um interesse, mas interesses, variáveis segundo o tempo e o lugar, quase ao infinito. Em minha linguagem, eu diria que há tantos interesses quantos campos,

---

<sup>37</sup> “The outcome depended not upon compromise between the two sides in Congress but upon whose *definition of the situation* prevailed. If tariff is an instrument of foreign policy and general regulation for international purposes, the anti-protectionists win; if the traditional definition of tariff as an aid to 100.000 individual firms prevails, then the protectionists win” (LOWI, 1964, p. 682-3).

enquanto espaços de jogo historicamente constituídos, com suas instituições específicas e suas leis próprias de funcionamento (BOURDIEU, 1990, p. 116).

Um dos interesses principais da profissão médica é a manutenção de uma prática autônoma de atuação, dentro do modelo clássico de profissional liberal. Esse interesse possui pontos de interseção com a existência de um mercado privado. Mas não se pode dizer que existe uma articulação entre esse modelo e o setor privado, muito embora ela possa acontecer em alguns casos e circunstâncias. Por exemplo, as propostas do INAMPS de substituir o método de pagamento baseado em Unidade de Serviço (US) e a oposição dos médicos e dos hospitais. Trata-se daquilo que Weber denomina de “afinidade eletiva”, ou seja, quando duas classes de fatores interagem sem que tenha existido um cálculo consciente entre ambas, ou interesses (WEBER, 1981a, 1981b).

Entretanto, o campo médico, embora não seja o único campo do setor saúde, será privilegiado nesse estudo. Os agentes desse campo se constituem nos principais mediadores das políticas. Pode-se dividir o grupo em dois grandes grupos: os médicos da burocracia estatal da saúde e os médicos do setor privado. Apenas para fins de estudo é que se divide o conjunto nesses dois grandes grupos. Nem todos os médicos que têm uma participação no setor público possuem aquilo que referiremos em alguns momentos como sendo uma “ideologia estatizante” (LUZ, 1982). A “dupla militância” dos médicos colabora para essa indistinção entre os dois setores. Por fim, os médicos que compartilham dessas idéias heterodoxas muitas vezes provêm de outras instituições que não são ligadas diretamente àqueles órgãos encarregados de implementar as políticas de saúde no período (Ministério da Previdência e Saúde), como por exemplo universidades públicas, mas de qualquer maneira eles estão ligados ao Estado, dentro daquilo que Luz (1982) define como estruturas do Estado no seu sentido mais amplo<sup>38</sup>. Ou seja, a atuação desses burocratas não se liga diretamente à prática profissional e nem as principais “ideologias ocupacionais da profissão”<sup>39</sup>.

Os agentes setoriais desempenham um papel decisivo não somente nesses dois primeiros momentos, mas também são forças decisivas no processo de implementação de uma política pública. A capacidade que um grupo ou setor tem de vocalizar (*voice*) seus interesses é determinante para a entrada dessas questões na agenda política (HIRSCHMAN, 1977). O papel dos agentes setoriais não se resume, entretanto, à capacidade de impor sua agenda ao

---

<sup>39</sup> O que leva a uma parte dos opositores das propostas dessa burocracia da saúde a acusar esses profissionais de não serem verdadeiros médicos, já que o grupo não teria uma atuação direta no “cuidado médico” ou pela visão “herética” da profissão trazida pelo grupo a partir de uma influência marxista. Os médicos Mario Magalhães, Gentile de Mello, Carlyle Guerra de Macedo, Sergio Arouca e Eleutério Rodriguez são apenas alguns exemplos desse grupo de médicos que poderiam ser enquadrados na categoria de “heréticos”.

poder público; eles também são forças decisivas no processo de implementação da política e, portanto, se constituem numa das principais chaves para o entendimento das políticas públicas de um setor.

Ao atribuímos aos agentes setoriais um papel de destaque na criação e implementação das políticas públicas estamos também, tacitamente, enfatizando o papel desses agentes na mudança, ou manutenção, da “ordem social”. As ciências sociais, segundo Schmitter (1985), ao procurar responder a questão de como a “ordem social” é possível, sempre utilizaram três modelos clássicos: comunidade, mercado e Estado.

Nas sociedades modernas, o mercado é cada vez mais mediado pelas relações políticas, e o Estado, por meio das políticas públicas, desempenha um papel importante nas regulações setoriais. Essa constatação leva Schmitter a introduzir um quarto componente às clássicas fontes de regulação social: as associações de interesse (SCHMITTER, 1985). Segundo o autor, as associações de interesse desempenhariam um papel fundamental na manutenção da “ordem social” e seu estudo seria condição necessária para compreendermos como o Estado organiza e implementa suas ações, uma vez que muitas dessas organizações adquirem um status público e compartilham da autoridade estatal na criação e implantação das decisões políticas.

As associações de interesse, na teoria pluralista, têm uma existência completamente à parte do Estado. Os diversos grupos de interesses se organizam de forma independente do Estado e, por meio dessas organizações, buscam influenciar os agentes políticos para que estes produzam as políticas que atendam aos seus interesses. Já para os teóricos do corporativismo, essa separação não é tão nítida. As associações de interesse receberiam também delegação de status público e participariam ativamente nas regulações setoriais. Além dessa participação na condição de agentes públicos, a teoria corporativa aponta que, além do Parlamento, o próprio aparelho do Estado seria atravessado pelas disputas setoriais<sup>40</sup>

As razões para o surgimento deste tipo de arranjo corporativo são inúmeras, mas todas apontam para a incapacidade das “forças de mercado” apresentarem uma resposta satisfatória para os problemas de ajustamento entre os diversos setores sociais.

Para Schmitter (1979), existe uma crescente necessidade por parte do Estado de obter informação especializada sobre cada setor, pois:

[...] quanto mais o estado moderno vem a servir como a autoridade indispensável e garantidora do capitalismo pela expansão de suas tarefas de regulação e integração,

---

<sup>40</sup> Os principais teóricos da teoria pluralista são Schumpeter e Dahl. Já Schmitter é o principal teórico da teoria corporativista (CARNOY, 1990).

mais descobre que ele necessita de perícia profissional, informação especializada, prévia agregação de opinião, capacidade contratual e acordada participação legitimadora, as quais somente monopólios singulares, hierarquicamente ordenados, com lideranças representativas e consensuais podem providenciar<sup>41</sup> (SCHMITTER, 1979, p. 27, nossa tradução).

Para Jobert e Muller (1987), essa delegação de parte do poder do Estado em prol das corporações nasceria da necessidade de controlar o potencial perturbador da liberdade de associação.

Os estudos sobre corporativismo e neocorporativismo possibilitaram uma nova compreensão do papel dos grupos de interesse na arena política e pública e também a identificação de novas formas de regulação oriundas desse tipo de arranjo<sup>42</sup>. Entre elas, destacamos os chamados “governos privados”, ou seja, uma delegação de poder que o Estado faz em favor de um grupo de interesse. Com base nessa autoridade, os governos privados podem constranger seus membros a se adaptarem a diretrizes que se fixam setorialmente (ARAUJO; TAPIA, 1991).

Esta osmose Estado/Sociedade seria resultado também das dificuldades de implantação das políticas públicas em um nível setorial. Quanto mais o Estado estende seu domínio na vida econômica e social, mais sua influência vai se encontrar limitada pela existência de agentes setoriais autônomos, cuja força deve ser levada em conta no momento de criação e implementação de uma política pública. O simples enquadramento jurídico não bastaria para se conseguir um determinado comportamento desses agentes. Primeiro, porque para a criação de regras específicas, necessita-se de informações especializadas que, na maioria das vezes, encontra-se em poder dos agentes chaves do setor. Segundo, porque quanto mais se busca especializar as regras para adaptá-las a situações específicas, mais elas se multiplicam e, com isso, a possibilidade de diferentes interpretações, o que, em última instância, restitui a margem de ação destes agentes para bloquear ou tornar determinada lei sem efeito (JOBERT; MULLER, 1987).

Dessa forma, o Estado procuraria encontrar uma maior compatibilidade entre uma determinada política pública e os interesses setoriais.

---

<sup>41</sup> “[...] more the modern state comes to serve as the indispensable and authoritative guarantor of capitalism by expanding its regulative and integrative tasks, the more it finds that it needs the professional expertise, specialized information, prior aggregation of opinion, contractual capability and deferred participatory legitimacy which only singular, hierarchically ordered, consensually led representative monopolies can provide” (SCHMITTER, 1979, p. 27).

<sup>42</sup> Schmitter defenderá a existência de dois tipos de corporativismo: o estatal, no qual os interesses sociais estão subordinados à autoridade estatal, e o societal, também denominado de neocorporativismo, no qual os arranjos corporativos nasceriam da própria dinâmica social (ARAUJO; TAPIA, 1991).

As políticas públicas não são mais compreendidas então em termos de comando, mas sim, em termos de trocas (*échanges*). Os atores sociais afetados promovidos à posição de parceiros sociais estarão amplamente associados à definição e mesmo à execução das políticas que lhes dizem respeito<sup>43</sup> (JOBERT; MULLER, 1987, p. 166, nossa tradução).

Esses arranjos neocorporativos se traduzam em acordos sobre a condução e gestão das políticas públicas e representam uma forma dos grupos econômicos e sociais manterem sua posição social fora dos mecanismos de regulação de mercado tradicionais. Ou seja, além de serem uma tentativa de harmonização entre o setor e a sociedade global, as políticas públicas são também uma forma do Estado produzir “saídas honrosas” para os grupos em declínio (HIRSCHMAN, 1977).

A imagem de sociedade desenvolvida até aqui se traduz num aglomerado de setores sociais. Cada setor sendo constituído por uma série de interesses. Os interesses em disputa são representados pelos diversos agentes setoriais, entre eles os grupos profissionais, que disputam o direito de organizar este campo. Na esfera da saúde, as formas de organização dessas disputas assumem contornos de uma luta corporativa, já que cada vez mais o mercado é mediado pela ação estatal, ou por organizações que recebem poder do Estado para regular um determinado setor.

Essa imbricação da política e do mercado resulta também na transformação da maneira de os interesses sociais se organizarem. (...) Tanto a inflação quanto a estagflação podem ser analisadas como o produto resultante do enfrentamento dessas grandes organizações em torno dos recursos disponíveis. (...) Enfim, o surgimento de um poderoso setor sem mercado traz sozinho imensos problemas de regulação. O mercado não funciona mais dentro de nossas sociedades que apóiam num forte setor público<sup>44</sup> (JOBERT; MULLER, 1987, p. 20, nossa tradução).

Assim, o estudo desses grupos, suas divisões e consensos, nos possibilitaria compreender como uma sociedade se estrutura, como é repartida sua riqueza material e simbólica. Se observarmos, por exemplo, a sociedade estadunidense, é evidente o enorme poder que detém a corporação jurídica naquele país e as repercussões em termos econômicos

---

<sup>43</sup> “Les politiques publique ne se comprennent alors en termes de commandement mais en termes d’échanges; les acteurs sociaux concernés promus au rang de partenaires sociaux seront largement associés à la définition et même à la mise en oeuvre de politiques les concernant” (JOBERT; MULLER, 1987, p. 166).

<sup>44</sup> “Cette imbrication du politique et du marché résulte aussi de la transformation du mode d’organisation des intérêts sociaux. (...) L’inflation comme la stagflation a pu être ainsi analysée comme le produit de l’affrontement incertain de ces grandes organisations autour du revenu disponible. (...) Enfin, l’émergence d’un puissant secteur hors marché pose lui-même de redoutables problèmes de régulation. Le marché ne fonctionne plus dans nos sociétés qu’adossé à un secteur public puissant” (JOBERT; MULLER, 1987, p.20).

e sociais disso sobre a vida cotidiana das pessoas, principalmente quando ocorre o cruzamento da lógica do campo médico com o jurídico<sup>45</sup>.

### **1.3.3. A importância da fase de implementação**

As diferentes engenharias institucionais dos sistemas políticos de cada país certamente desempenham um papel importante no rito legislativo pelo qual deve passar um projeto de lei até que se torne, efetivamente, uma lei. Concordamos com Immergut (1996) para a qual as normas constitucionais e os resultados eleitorais estabelecem limites à capacidade dos governos fazerem reformas. Por certo, o “conjunto de normas institucionais determina lógicas distintas de tomada de decisão, que definem os parâmetros da ação do governo e da influência dos grupos de interesse”. (IMMERGUT, 1996, p. 140). Entretanto, uma política pública não se resume à aprovação de uma legislação específica e posterior adequação de recursos financeiros e organizacionais.

Não se trata de negar que essas diferentes configurações políticas desempenhem um papel importante no ciclo legislativo desse processo. Ao que tudo indica, o sistema de intermediação de interesses existente nos Estados Unidos é diferente daquele que existe no Canadá. O problema é de outra ordem: o que garante que a aprovação de uma legislação será suficiente para modificar as relações estabelecidas num determinado setor? No caso brasileiro, existe toda uma estrutura jurídica - garantida pela Constituição Federal de 1988 e legislações suplementares – e, não obstante a esse marco legal, a saúde continua um direito incompleto: a Constituição propõe um modelo universalista, mas de fato existe um residual.

Alguém poderia argumentar que essa situação seria característica apenas da realidade brasileira, ou seja, não haveria em outros países essa lacuna entre a legislação e a realidade social. Mas, como mostra Jobert e Muller (1987), esse não parece ser o caso. A legislação é condição necessária, mas não única, para o sucesso de uma política pública já que, no processo de implementação, a legislação é sempre passível de interpretação pelos agentes setoriais.

---

<sup>45</sup> Um artigo da Newsweek relata algumas modificações produzidas na sociedade americana pelo medo do litígio: “Escorregadores e cangorras estão desaparecendo dos parques infantis ao redor do país porque as autoridades municipais estão temerosas de irem a falência se os pais de uma criança acidentada processar o município por negligência. Médicos solicitam uma infinidade de exames desnecessários de pacientes que apresentam sintomas mínimos [de uma possível doença] porque se um em mil desses tiver uma doença séria o médico poderá ser processado por negligência [erro médico]. Professores pararam de abraçar os alunos por medo de serem processados por conduta sexual inapropriada” {Slides and seesaws are disappearing from children's parks around the country because city authorities are afraid of going bankrupt if the parents of an injured kid sue them for negligence. Doctors order slews of unnecessary tests for patients with the mildest of symptoms because if one in a thousand has a serious illness the doctor could be sued for malpractice. Teachers have stopped hugging schoolchildren for fear of being sued for sexual misconduct} (THAROOR, 2001, p.52).

Na mesma linha de argumentação, Silva e Melo afirmam que a fase de implementação é um momento determinante de qualquer política:

Planos ou programas são documentos que delimitam um conjunto limitado de curso de ação e decisões que os agentes devem seguir ou tomar. Um amplo espaço para o comportamento discricionário dos agentes implementadores está aberto. (...) As decisões na maioria das políticas setoriais constituem apenas inovações em relação às políticas existentes ou manutenção das políticas existentes realizando-se ajustes incrementais de metas, recursos ou prazos de execução. (...) O desenho estratégico das políticas deve incluir a identificação dos atores que dão sustentação à política e mecanismos de concertação e negociação entre tais atores (SILVA; MELO, 2000, p.10).

Portanto, as diferentes configurações políticas explicariam apenas parcialmente as diferenças na abrangência dos sistemas de proteção social. Após a aprovação de uma determinada legislação, ela precisa ser implementada e, nessa etapa, os agentes setoriais também desempenham um papel-chave, podendo inclusive tornar sem efeito as normas legais<sup>46</sup>.

Assim, o poder de um grupo de interesse em influenciar as políticas de um determinado setor não está somente na sua capacidade de influenciar ou não as decisões do Parlamento, mas também seu poder de veto nas arenas subseqüentes.

#### **1.4. Retrospecto comparativo do papel do Parlamento**

De posse dessas ferramentas teóricas, há como interpretar as políticas de saúde no Canadá e Estados Unidos.

Durante a Guerra Fria, as alegações da Associação Médica Americana (AMA) de que o Medicare conduziria a um Estado socialista estava em consonância com a “ideologia dos tempos”, tendo em vista que naqueles dias, a menor suspeita que alguma coisa era relacionada com o comunismo já era suficiente para condená-la sumariamente. Assim, defrontada com a feroz oposição da Associação Médica Americana e acusações, a burocracia do setor tentou ganhar a aprovação da Associação ao se concentrar somente nos idosos e com a exclusão dos serviços médicos do plano. A redução no alcance das propostas representou um entrave para os opositores do Medicare: as propostas iriam agora ajudar os idosos e não mais podiam ser taxadas de promover o socialismo. Mais do que isso, mesmo que as propostas ainda fossem

---

<sup>46</sup> “Conflitos interjurisdicionais entre órgãos e instituições, brechas e ambigüidades legais, omissões de normas operacionais, além de outros fatores, permitem que os executores de política tomem decisões relevantes para o sucesso da política”. Isto ocorre principalmente em situações nas quais o poder discricionário do agente é muito grande: “fiscais, agentes de trânsito, médicos e enfermeiros nas unidades básicas de saúde, funcionários administrativos nos balcões de atendimento da previdência social”, entre outros (SILVA; MELO, 2000, p.6).

contrárias à posição ideológica da Associação Médica Americana (AMA), a principal objeção já tinha sido atendida, visto que os serviços médicos tinham sido excluídos das propostas de reforma.

Como foi visto, no Congresso Americano, para cada grupo influente e favorável a alguma coisa, existe outro com igual influência e capaz de bloquear essa pretensão. Assim, a decisão de quem ganha e quem perde está atrelada não somente à capacidade de influência de um determinado grupo, mas entre um determinado interesse e sua adequação com aspectos mais amplos da conjuntura econômica e política, a “ideologia de uma época”. Como bem mostra Jobert e Muller (1987), o grupo dominante num setor, o mediador das políticas, consegue manter sua posição dentro do sistema político. Mas o grupo é dominante porque é capaz de modelar seu interesse e adequá-los a um ambiente político e econômico mais amplo, de construir uma conexão entre as relações globais de uma sociedade e as relações setoriais. Ao mesmo tempo, a probabilidade de uma determinada política ser aprovada, e se aprovada, implementada, depende de sua adequação ao grupo dominante em um determinado setor. Não se trata de uma relação circular, mas de interdependência tal como a proposta de “campo” e “agente” proposta por Bourdieu. O agente setorial dominante deve ser capaz de dominar a difícil relação entre a lógica interna do campo, com sua infinidade de lutas internas, e os fatores externos ao campo.

Durante a primeira parte do século XX, os médicos nos Estados Unidos, representados pela Associação Médica Americana (AMA), foram capazes de subjugar ou entrar em acordo com os demais agentes do setor saúde e, assim, manter sua posição dominante no setor e mediar as políticas públicas de acordo com seus interesses.

Através das décadas, a Associação Médica Americana (AMA) defendeu com vigor a autonomia empresarial e técnica dos médicos, durante as tentativas de reforma das políticas do setor que ameaçassem essas prerrogativas. Seus “aliados naturais” eram as companhias de seguro saúde e outros interesses do mercado privado e durante muitas décadas houve uma coincidência de interesses entre esses grupos. “Essa estratégia, entretanto, deixou os médicos vulneráveis quando os interesses empresariais e os interesses clínicos no setor saúde começaram a caminhar em diferentes direções”. O novo referencial global, a partir dos anos 70, seria o controle de custos e isso quebrou a simetria entre os objetivos da profissão e os objetivos de maximização dos lucros dos outros prestadores (TUOHY, 1999, p. 143).

A tentativa tardia de controle dos custos [na saúde] nos Estados Unidos, se comparado com outros países, fez com que os mecanismos de controle de custos se desenvolvessem num contexto tecnológico no qual existem alternativas à delegação de grandes parcelas de arbítrio aos médicos, e na qual existiam poucos fatores que

impedissem o desenvolvimento desses mecanismos alternativos. Essa é, de fato, uma das múltiplas ironias da arena da saúde americana: a profissão médica, procurando preservar uma estrutura política que protegesse sua independência empresarial e sua autonomia clínica do avanço do Estado, ao longo do tempo acabou criando as condições pelas quais empreendedores sem considerações de objetivos profissionais ou de modos de decisão colegiados viessem a desempenhar um papel maior e mais dominante [no setor]<sup>47</sup> (TUOHY, 1999, p. 161, nossa tradução).

No caso canadense, a existência de um padrão diferenciado de intervenção do Estado produziu uma forma diversa de acomodação entre Estado e profissão. De certa forma, a introdução de uma política unificada de saúde preserva a posição da profissão médica no setor.

Essa política é resultado não de uma estrutura parlamentar, mas sim das características gerais do Estado e da burocracia canadenses. De fato, no Canadá existe uma “dominância do executivo” a qual, aliada com um serviço público independente, discreto e experiente e uma longa história de intervenção nas políticas sociais, teria produzido um Estado forte e autônomo em relação às instituições sociais. De acordo com Boase (1996), somente quando o Estado é pró-ativo, autônomo, intervencionista e forte conseguiria, não obstante as reações contrárias, implementar uma política redistributiva de caráter universalista para um bem público como a saúde.

Ao mesmo tempo, a introdução do Medicare no Canadá é resultado de uma barganha corporativa entre Estado e profissão médica. Esse arranjo de certa forma “congelou” a posição dos médicos dentro do sistema de saúde. Assim, não é por acaso que Deber afirma que o modelo de saúde canadense reflete um modelo centrado no hospital e na profissão médica da forma como existia em 1957, época da introdução do seguro hospitalar (2003).

Essas são algumas observações que poderiam ser levantadas a partir de um enfoque que fosse além das explicações fornecidas pela cultura política e pelo (neo) institucionalismo.

## **1.5. A profissão médica e a mediação das políticas de saúde**

### **1.5.1. A profissão médica e sua construção histórica**

Por que estudar os médicos num trabalho sobre políticas públicas? Porque, mesmo que a profissão tenha passado por inúmeras mudanças nas últimas décadas, ela continua a

---

<sup>47</sup> “The belated addressing of cost control in the United States, relative to other nations, meant that cost-control mechanisms were developed in a technological context in which there were alternatives to the delegation of broad discretion to physicians, and in which there were few established accommodations to constrain the development of these alternative mechanisms. This is, indeed, one of the multiple ironies of the American health care arena: in seeking to preserve a policy framework that shielded both their entrepreneurial discretion and their clinical autonomy from state incursion, the medical profession over time created the conditions in which entrepreneurs unconstrained by considerations of professional objectives or collegial modes of decision-making would come to play a more and more dominant role” (TUOHY, 1999, p. 161).

desempenhar um papel fundamental no setor saúde e, portanto, está diretamente ligada com as escolhas que são feitas e com o futuro do setor saúde como um todo. De acordo com Freidson:

Agora e no futuro, o que acontece com os médicos em seu ambiente de trabalho afeta a todos que precisam de cuidados médicos. Isso não quer dizer que somente os médicos fornecem esse tipo de cuidado ou que somente eles são importantes. Mas na divisão do trabalho em saúde, a medicina tem um lugar central, e mesmo se outras profissões assumirem algumas de suas funções atuais, a medicina irá permanecer central<sup>48</sup> (FREIDSON, 1989, p. IX, nossa tradução).

Por certo nem todos concordariam com essa proposição de Freidson, principalmente com seu prognóstico. Entretanto, até agora, a profissão tem conseguido manter sua posição, em diferentes conjunturas econômicas e sociais.

Já que buscamos entender a profissão médica, precisamos definir antes o que é uma profissão. Uma profissão, de acordo com Freidson, é o nome dado a uma ocupação quando ela deliberadamente ganha autonomia. Usualmente essa autonomia se refere aos requerimentos técnicos para desempenhar uma tarefa. “Diferente de outras ocupações, as profissões ganham uma autonomia deliberada, incluindo o direito exclusivo de determinar quem pode legitimamente fazer seu trabalho e como esse trabalho deve ser feito<sup>49</sup>” (FREIDSON, 1988, p. 72, nossa tradução). Freidson argumenta que a característica essencial que define uma profissão é sua autonomia técnica, isto é, “o controle sobre o desempenho e avaliação de um conjunto determinado de tarefas, mantido pela jurisdição estabelecida sobre um corpo particular de conhecimentos ou habilidades”. Essa jurisdição é sempre baseada numa delegação de poder, “visto que o conhecimento e habilidade não possuem um poder em si mesmos<sup>50</sup>” (FREIDSON, 1988, p. 385, nossa tradução). Essa delegação, usualmente, é garantida pelo Estado, assim, para ter a liberdade de auto-regulação a profissão precisa ganhar o privilégio de um status diferenciado:

O privilégio é justificado por três alegações. Primeiro, se alega que existe um tamanho grau de habilidade e conhecimento envolvido no trabalho da profissão que alguém de fora da profissão não estaria preparado para avaliá-la ou regulá-la. Segundo, se alega que os profissionais são responsáveis – que eles seriam dignos de

---

<sup>48</sup> “Now and in the future, what happens to practicing physicians and their work affects all who need health care. This is not to say that only doctors provide care or that only they are important. But in the division of labor in health care, medicine has the central place, and even if other professions should takeover some of its present tasks, medicine will remain central” (FREIDSON, 1989, p. IX).

<sup>49</sup> “Unlike other occupations, professions are deliberately granted autonomy, including the exclusive right to determine who can legitimate do its work and how the work should be done” (FREIDSON, 1988, p. 72).

<sup>50</sup> “[...] control over the performance and evaluation of a set of demarcated tasks, sustained by the established jurisdiction over a particular body of knowledge and skill” (...) “since knowledge and skill have no active power of their own” (FREIDSON, 1988, p. 385).

confiança e trabalhariam responsabilmente sem supervisão. Terceiro, se alega que a profissão é capaz de tomar as medidas disciplinares, naquelas raras ocasiões quando um membro não desempenha seu trabalho com competência ou ética. A profissão é a única fonte competente para reconhecer o desempenho desviante e para se auto-regular de uma maneira geral<sup>51</sup> (FREIDSON, 1988, p. 137, nossa tradução).

Nos Estados Unidos, o processo que resultou na transformação da medicina de uma ocupação acadêmica numa profissão prática, com utilização de seus serviços de forma maciça, é usualmente denominado de “profissionalismo” e acontece na virada do século XIX.

De acordo com Anderson<sup>52</sup>, uma contingência chave nos programas de saúde patrocinados pelo Estado era a existência de uma profissão médica, forte e unificada, antes mesmo do cuidado médico se tornar uma questão política. Esse fato condicionou em larga medida a forma como os serviços de saúde foram organizados e prestados:

Em geral, as elites das sociedades européias consentiram com medidas de seguridade social trabalhistas como uma forma de prevenir a ação mais radical de uma classe trabalhadora urbana cada vez mais forte. Na maioria dos países, entretanto, a profissão médica procurou impedir ou ao menos diminuir as mudanças que ameaçassem sua autonomia. Na maior parte dos casos, os médicos tiveram um sucesso parcial, e retiveram um controle quase total sobre o conteúdo do seu trabalho e, também, em muitos casos, o controle sobre a maneira em que o cuidado em saúde era organizado. Muito embora o assalariamento e, formas de pagamento por capitação fossem introduzidas, o pagamento por procedimento ainda era a forma predominante de remuneração. O controle médico sobre instituições chaves como os hospitais e as ocupações para-médicas permaneceu incontestado<sup>53</sup> (Anderson apud TORRANCE, 1998, p. 05, nossa tradução)

Nesse contexto, por meio de suas inter-relações com o Estado, a profissão médica tem desempenhado um papel fundamental na formatação das políticas nacionais de saúde. Portanto, não é uma surpresa que a “a maior parte do processo político na saúde seja mantido

---

<sup>51</sup> Their privilege is justified by three claims. First, the claim is that there is such an unusual degree of skill and knowledge involved in professional work that nonprofessionals are not equipped to evaluate or regulate it. Second, it is claimed that professionals are responsible - that they may be trusted to work conscientiously without supervision. Third, the claim is that the profession itself may be trusted to undertake the proper regulatory action on those rare occasions when an individual does not perform his work competently or ethically. The profession is the sole source of competence to recognize deviant performance, and it is also ethical enough to control deviant performance and to regulate itself in general (FREIDSON, 1988, p. 137).

<sup>52</sup> ANDERSON, O.W. Health care: can there be equity? The United States, Sweden, and England. New York: Wiley, 1972, p. 206.

<sup>53</sup> “Generally, elites in the European societies acceded to the social insurance and labor measures as a way of preempting more radical political action by an increasingly powerful urban industrial working class. In most countries, however, the medical profession sought to stop or at least to slow changes that threatened its autonomy. In almost all cases, physicians were partly successful; they retained almost total control over the content of their work, and in many cases control as well over the way health care was organized. Although salary and capitation forms of payment were introduced, fee-for-service was still a prevalent form of payment. Medical control over key institutions like hospitals and paramedical occupations went unchallenged” (TORRANCE, 1998, p. 5).

por consenso dentro de uma relação institucionalizada de moldes corporativos entre Estado e profissão médica<sup>54</sup>” (DE VOE; SHORT, 2003, p. 245, nossa tradução).

Na mesma linha de argumentação Heidenheimer (1989) irá argüir que os diferentes padrões históricos de relação entre Estado e profissão médica poderiam explicar as diferenças entre os sistemas nacionais de Estado de Bem-Estar Social. Se as premissas do autor estiverem corretas, seria possível, a partir dessa relação, explicar as diferenças entre os sistemas de proteção nos diferentes países? No caso específico do Brasil, será que esse fator poderia explicar porque o Brasil tem uma legislação próxima ao Canadá, mas uma dinâmica de mercado mais próxima à dos Estados Unidos?

Em países como os Estados Unidos, os médicos resistiram com sucesso às propostas de seguro saúde e conseguiram manter um sistema predominantemente privado de financiamento, baseado em grandes empresas seguradoras e benefícios, na sua maioria, distribuídos de acordo com inserção da população no mercado de trabalho (o chamado seguro voluntário). A profissão, durante a maior parte do século XX, teria conseguido transformar sua autoridade técnica em privilégio social, poder econômico e influência política. A profissão médica seria uma das mais bem remuneradas ocupações na sociedade estadunidense e, até recentemente (1980), teria sido capaz de exercer um controle considerável sobre os mercados que afetam os seus interesses (STARR, 1982).

### **1.5.2. O “nascimento” da profissão médica nos Estados Unidos: o caso paradigmático**

Ironicamente a profissão médica tem seu modelo de excelência profissional no exercício privado, livre de qualquer tipo de envolvimento do Estado, mas a profissão dependeu da autoridade estatal para consolidar o status de profissão e é dependente dessa autoridade para manter essa posição dentro do setor saúde.

De acordo com Starr (1982), ninguém dúvida que a fonte do poder da profissão é o conhecimento técnico, mas isso não é suficiente para explicar o status que a profissão manteve durante o século XX, ao menos nos Estados Unidos. É claro que, atualmente, ninguém com um pé quebrado (salvo alguns poucos culturalistas) iria trocar os serviços de um médico por um curandeiro. Entretanto, a ciência e a tecnologia não garantem, necessariamente, que o médico consiga manter sua autonomia e status social ao longo das décadas.

---

<sup>54</sup> “[...] most health care policy-making is contained by consensus and managed within a corporatist-style, institutionalized relationship between the state and the medical profession” (DE VOE; SHORT, 2003, p. 245).

O exato oposto poderia ter ocorrido: o crescimento do conhecimento científico poderia ter reduzido a autonomia profissional e tornado os médicos dependentes de grandes organizações. A prática médica moderna requer acesso a hospitais e tecnologia diagnóstica e, como consequência, a medicina diferente de outras profissões, requer uma tal soma de investimentos que torna a profissão vulnerável ao controle de quem quer que detenha esse suprimento de capital. Frequentemente demandas tecnológicas são citadas como a razão pela qual outros artesãos autônomos perderam sua independência. A medicina oferece um exemplo de caso, para aqueles que defendem, que a tecnologia está longe de determinar e submeter à sua lógica todas as organizações e controles<sup>55</sup> (STARR, 1982, p. 16, nossa tradução).

Portanto, mesmo que a ciência não tenha deixado de desempenhar seu papel na consolidação da profissão, e a consolidação da profissão tenha ocorrido concomitante a algumas descobertas científicas importantes da virada do século XIX, não existe uma associação automática entre esse conhecimento especial e o lugar que a medicina ocupa na maioria das sociedades.

Tampouco essa posição especial que a medicina ocupa nas sociedades poderia ser determinada pelo lugar especial que ocupa na vida das pessoas: a profissão está presente em momentos críticos da vida humana (nascimento, doença e morte) e a própria circunstância da doença promove a aceitação das decisões médicas. Entretanto, isso também não explica a posição da medicina nas sociedades modernas, muito embora colabore para o entendimento. Para Starr (1982), esses fatores não são responsáveis pela posição que os profissionais médicos ocupam na maior parte dos países. No passado, a profissão ocupava a mesma posição na vida das pessoas, mas sua posição social então era muito diferente, ao menos na Inglaterra e Estados Unidos. No período anterior ao século XX, na Inglaterra, “os médicos estavam nas margens da pequena nobreza, lutando para conseguir as graças dos ricos na esperança de adquirir riqueza suficiente para comprar uma propriedade ou um título”. Nos Estados Unidos os médicos não possuíam um status maior que na Inglaterra: lá “a profissão médica era geralmente fraca, dividida, insegura na sua posição social e renda, incapaz de controlar a entrada na prática profissional ou aumentar os requisitos da educação médica<sup>56</sup>” (STARR, 1982, p. 6, nossa tradução).

---

<sup>55</sup> “Quite the opposite result might have occurred: The growth of science might have reduced professional autonomy by making doctors dependent upon organizations. Modern medical practice requires access to hospitals and medical technology, and hence medicine, unlike many other professions, requires huge capital investments. Because medical technology demands such large investments, it makes the medical profession vulnerable to control by whoever supplies the capital. Often the demands of technology are cited as the reason other self-employed artisans lost their independence. Medicine offers a case in point for those who wish to argue that technology is far from imperative in its demands for submission to organizational control” (STARR, 1982, p. 16).

<sup>56</sup> “[...] physicians stood only at the margins of the gentry class, struggling for the patronage of the rich in the hope of acquiring enough wealth to buy an estate and a title”. (...) “[...] the medical profession was generally weak, divided, insecure in its status and its income, unable to control entry into practice or to raise the standards of medical education” (STARR, 1982, p. 6-8).

Entre as razões que explicam aquele baixo status da profissão está a competição com outras ocupações e o número de escolas médicas. Esse era o caso dos Estados Unidos, por exemplo, onde o baixo status da profissão durante o século XIX estava ligado diretamente ao grande número de escolas, muitas vezes competindo entre elas por alunos e também com idéias antagônicas sobre saúde e causas das doenças. Ao mesmo tempo, não existia um corpo de representantes que controlasse a entrada na profissão (um sistema de licenciamento) e também existia “uma ideologia fortemente difundida entre os estadunidenses de auto-ajuda e autoconfiança, incluindo a autocura” que acabava por reduzir o apelo dos médicos<sup>57</sup> (DANIELS, 1984, p. 349, nossa tradução). É claro que “alguns médicos tinham uma grande autoridade pessoal e se pronunciavam sobre todo o tipo de problemas, de modo algum restrito às doenças físicas”. Entretanto, a nova fonte de autoridade que se institucionaliza no final do século XIX e início do século XX era, de certa forma, diferente, pois ela era alicerçada “num sistema de educação e licenciamento padronizado”. O estabelecimento desse sistema era capaz de reproduzir a “autoridade de uma geração à outra, e transmitir essa autoridade da profissão para todos os seus membros individuais<sup>58</sup>” (STARR, 1982, nossa tradução).

Assim, a ciência desempenhou um papel importante na construção da autoridade médica. Harris<sup>59</sup>, por exemplo, observa que, na segunda década do século XX, nos Estados Unidos, se poderia dizer que “pela primeira vez na história humana, um paciente, escolhido ao acaso, com uma doença qualquer, consultando um médico também escolhido de forma aleatória, tinha uma chance maior que 50% de se beneficiar desse encontro<sup>60</sup>” (Harris apud MARMOR, 1973, p. 5, nossa tradução).

Entretanto, a confiança generalizada do público, a ascendência e crescente autoridade cultural que a profissão alcançou naqueles anos não pode ser ligada diretamente ao desenvolvimento de uma medicina científica. Alguns autores argumentam que a força fundamental da profissão se situa no nível cultural, na deferência do público para com os médicos, que pode ser orquestrada pela profissão de acordo com seus interesses (BOURGEAULT; BENOIT; DAVIS-FLOYD, 2004).

---

<sup>57</sup> “[...] licensing regulations, and a prominent American ideology of self-reliance and self-help, including self-healing” that undermined the appeal of physicians (DANIELS, 1984, p. 349).

<sup>58</sup> “[...] some doctors had great personal authority and they pronounced on all manner of problems, by no means restricted to physical illness”. “[...] because it was institutionalized in a system of standardized education and licensing”. “[...] authority from one generation to the next, and transmits it from the profession as a whole to all its individual members” (STARR, 1982, p. 19).

<sup>59</sup> HARRIS, Richard. *A Sacred Trust*, New York: New American Library, 1966.

<sup>60</sup> “[...] for the first time in human history, a random patient with a random disease consulting a doctor chosen at random stands a better than 50/50 chance of benefiting from the encounter” (MARMOR, 1973, p. 5).

Nessa confiança manifestada pelo público, talvez mais importante do que as descobertas científicas sejam a associações que são feitas entre as descobertas da medicina e o prolongamento da expectativa de vida durante o século XX. A associação é, entretanto, enganosa. Por exemplo, em 1700, em partes do Reino Unido (Inglaterra e País de Gales) e Suécia, a expectativa média de vida de uma pessoa do sexo masculino era de 30 anos, em 1971, essa expectativa de vida tinha aumentado para 75 anos “entretanto, mais da metade desse aumento ocorreu antes de 1900, e o volume maior desse incremento na expectativa de vida ocorreu devido a condições já existentes antes de 1936”. Nos Estados Unidos, “menos de 4% do total de aumento na expectativa de vida desde 1700 pode ser creditado aos avanços na assistência médica do século XX<sup>61</sup>” (GARRETT, 2000, p. 10, nossa tradução). Entretanto, é lugar comum creditar esses avanços à medicina e à atuação dos médicos. Não existe um acordo entre os especialistas sobre as razões que levaram a esse incremento na expectativa de vida, porém os descobrimentos da medicina durante o século XX - e, portanto, no momento em que a medicina se estabelecia como “profissão” - embora importantes, podem ser creditados com apenas uma parcela de responsabilidade nesse aumento da expectativa de vida:

É uma questão de considerável debate acadêmico [a determinação] de quais os fatores tiveram um maior impacto nesse incremento espetacular na expectativa de vida e na [diminuição] da mortalidade infantil nos Estados Unidos e Europa Ocidental entre 1700 e 1900. Existe uma constelação de fatores que são chaves, entre eles os seguintes: nutrição, habitação, sistema de esgoto e água encanada, medidas governamentais de controle de epidemias, drenagem dos pântanos e controle dos rios pela engenharia, construção e pavimentação de estradas, educação pública e alfabetização, acesso da gestante ao pré-natal, famílias menores e melhorias nas condições gerais de vida e trabalho. No início do século XX, a eliminação dos bairros urbanos densamente povoados e que não tinham acesso à água ou instalações sanitárias claramente melhorou a saúde de dezenas de milhares de estadunidenses e europeus<sup>62</sup> (GARRETT, 2000, p. 10, nossa tradução).

De fato, o profissionalismo se beneficiou das descobertas de Lister e Pasteur na área da bacteriologia e essas descobertas melhoraram alguns diagnósticos e técnicas terapêuticas, o

---

<sup>61</sup> “[...] but more than half of that improvement occurred before 1900; even the bulk of the twentieth-century increases in life expectancy were due to conditions that existed prior to 1936”. “[...] less than 4 percent of the total improvement in life expectancy since the 1700s can be credited to twentieth century advances in medical care” (GARRETT, 2000, p. 10).

<sup>62</sup> “It is a matter of considerable academic debate which factors were most responsible for the spectacular improvements seen in life expectancy and infant mortality in the United States and Western Europe between 1700 and 1900. A constellation of the following were key : nutrition, housing, urban sewage and water systems, government epidemic control measures, swamp drainage and river control engineering, road construction and paving, public education and literacy, access to prenatal and maternity care, smaller families, and overall improvements in society's standards of living and working . In the early twentieth century elimination of urban, overcrowded slums that lacked plumbing and toilet facilities clearly improved the health of tens of thousands of Americans and Europeans” (GARRETT, 2000, p. 10).

que levou a um consenso entre os médicos de diferentes seitas. O que unificou a maioria das ocupações médicas em torno de um único paradigma (DANIELS, 1984).

Entretanto, é na forma como se organiza uma profissão é que devem ser buscadas as chaves para o entendimento da influência específica da profissão a partir do início do século XX.

A medicina, como todas as outras profissões, é baseada na posse de algum tipo de conhecimento esotérico, adquirido num processo de treinamento sistemático e guardado num código de ética e num monopólio legal de prática. No caso da medicina, a profissão reclama um conhecimento especial nas questões de saúde. Assim, como todas as profissões demandam igual direito. Entretanto, poucas profissões, ou nenhuma, tem o mesmo prestígio econômico e social que tem a medicina (STARR, 1982).

Assim, para entender melhor a posição de prestígio que a profissão médica detém na maior parte das sociedades modernas é necessário ir além de uma visão instrumentalista que deriva a posição social de um grupo das divisões técnicas do trabalho. É inegável que os “avanços” da ciência, embora importantes, não podem explicar as variações históricas na posição que a profissão médica deteve ao longo de diferentes sociedades e épocas. “A ciência poderia ter melhorado a eficácia e a produtividade da profissão sem torná-la rica e reverenciada”. O conhecimento esotérico tem que ser transformado em autoridade e a autoridade, por sua vez, precisa ser convertida em poder de mercado<sup>63</sup> (STARR, 1982, p. 144, nossa tradução).

O monopólio da aplicação prática de um determinado tipo de conhecimento é importante, porém não é suficiente para garantir que a profissão consiga ganhar ou manter o poder econômico e prestígio social. De modo a alcançar esses objetivos, a profissão precisa operar em diferentes níveis internos e externos ao seu campo de saber.

Para os propósitos desse trabalho basta se referir a três deles: o controle sobre o número de títulos, tendo em vista que o capital escolar, como todo capital, está sujeito a um processo de inflação; a manutenção de outras profissões de fora de seu campo do saber, tendo em vista que não existe nenhuma divisão natural do trabalho e existe sempre o perigo de outra profissão ganhar o controle sobre alguma parte do monopólio da profissão; e, finalmente, o controle, seja ele parcial ou total, das condições sociais de capitalização do título, já que a transformação no mercado (como a intervenção do Estado ou outros intermediários) pode afetar a posição social e prestígio da profissão.

---

<sup>63</sup> “Science may improve the efficacy and productivity of a profession without making it rich or revered” (STARR, 1982, p. 144).

O controle sobre o número dos portadores do título assume, assim, uma das preocupações-chaves da profissão.

Para se proteger contra os indivíduos em demasia, os detentores de títulos raros e de postos raros aos quais eles dão acesso, devem defender uma definição do posto que não é outra que a definição daqueles que ocupam este posto num estado determinado de raridade do título e do posto: professando que o médico, o arquiteto, ou o professor do futuro devem ser aquilo que eles são hoje, ou seja, aquilo que eles mesmos são, eles inscrevem por toda a eternidade na definição do posto todas as propriedades que lhe são conferidas pelo fraco número de seus ocupantes<sup>64</sup> (BOURDIEU, 1989, p. 181)

Não é portanto coincidência que a busca de um controle sobre o número de faculdades de medicina seja uma constante preocupação da profissão médica. O título, que prova que seu portador é confiável e detém todo o conhecimento que o grupo coletivamente detém, pode sempre passar por um processo de inflação e desvalorização semelhante àquele pelo qual passaram os títulos de nobreza no passado.

Esse processo de controle das credenciais da profissão é iniciado nos Estados Unidos, em 1904, com o lançamento da iniciativa que irá redundar no chamado Relatório Flexner, publicado em 1910.

Em 1904, existiam 160 escolas médicas nos Estados Unidos. Em 1925 o número tinha sido reduzido para 66. O Relatório Flexner criou as condições para o fechamento de todas as escolas de medicina que não estavam ligadas a uma universidade ou não se enquadrassem na faculdade escolhida como modelo: a faculdade de medicina da Universidade Johns Hopkins (KESSEL, 1970).

O número de escolas permaneceu praticamente inalterado até a década de 60, quando a própria Associação Médica Americana (AMA) defendeu a abertura de novos cursos de medicina. A Reforma Flexner, financiada pela Fundação Carnegie, foi feita em estrita colaboração com a Associação Médica Americana (AMA).

Nos Estados Unidos, as restrições à criação de novas escolas de medicina e o estabelecimento das comissões de licenças para praticar medicina (*licensing board*) foram os primeiros passos para a consolidação da profissão. Antes do Relatório Flexner, o exercício de medicina era relativamente livre de entraves, para formados ou não em medicina. Como resultado, a competição era intensa e a posição econômica do médico frágil. O Relatório

---

<sup>64</sup> “Pour se protéger contre les individus en surnombre, les détenteurs de titres rares et des postes rares auxquels ils donnent accès, doivent défendre une définition du poste qui n’est autre que la définition de ceux qui occupent ce poste dans un état déterminé de la rareté du titre et du poste: professant que le médecin, l’architecte ou le professeur de l’avenir doivent être ce qu’ils sont aujourd’hui, c’est-à-dire ce qu’ils sont eux-mêmes, ils inscrivent pour toute éternité dans la définition du poste les propriétés qui lui sont conférées par le faible nombre de ses occupants” (BOURDIEU, 1989, p. 181).

Flexner e as comissões de licenciamento reduziram o número de médicos em exercício: “Menos graduados não somente significou menos médicos competindo uns com os outros, mas também cortou a oferta de mão-de-obra de baixo custo para os dispensários e contratos de trabalho (com médicos). Isso deu aos médicos mais controle sobre os termos de sua relação com os pacientes<sup>65</sup>” (STARR, 1982, p. 230, nossa tradução).

Na primeira metade do século XX, a profissão médica nos Estados Unidos, usando seu poder de mercado conseguido a partir do processo de fechamento, evitou o assalariamento. De acordo com a profissão, o estabelecimento de relações de trabalho assalariadas violaria a integridade e a privacidade da relação médico-paciente e assim feriria a ética profissional (seria antiético).

Ao mesmo tempo, os médicos procuraram condicionar a reorganização dos hospitais e a introdução de seguro saúde, patrocinada por companhias seguradoras, aos seus próprios interesses, estabelecendo os termos de sua inserção profissional nesses novos arranjos. Como resultado, foram capazes de escapar do destino que outras ocupações tiveram no mesmo período. Ao invés de se tornarem vítimas do capitalismo, os médicos se tornaram eles mesmos pequenos capitalistas. A profissão lutou contra as corporações de seguro não apenas para preservar sua autonomia, mas também porque eles queriam evitar que qualquer intermediário pudesse se beneficiar do seu trabalho. De acordo com o código de ética da Associação Médica Americana (AMA), adotado em 1934, era uma atitude não profissional (antiética) permitir que um terceiro tivesse um lucro direto do trabalho médico (STARR, 1982).

Portanto, as restrições no número de escolas e o estabelecimento de um monopólio da aplicação prática do conhecimento médico foram fatores que ajudaram a ocupação a se tornar uma profissão. A conjunção desses dois fatores colaborou para que a profissão subisse na hierarquia social e econômica. Eles garantiram não somente a autonomia técnica do julgamento de pessoas exteriores à profissão, mas também a autonomia econômica. Autonomia, de acordo com Freidson (1988), é um conceito chave para entender o que é uma profissão. Um aspecto essencial dessa manutenção da autonomia profissional é sua capacidade de criar poder econômico dentro de organizações como o hospital:

Sua autoridade de guardião (*gatekeeper*) fornece aos médicos uma posição estratégica dentro das organizações. De fato, a autoridade profissional coloca à

---

<sup>65</sup> “Fewer graduates not only meant fewer practitioners competing with one another, but also cut off the supply of cheap professional labor for free dispensaries and contract practice. It gave physicians more control over the terms of their relationships with patients” (STARR, 1982, p. 230).

disposição da profissão o poder de comprar dos seus pacientes. Do ponto de vista de solvência de uma companhia de seguros, a autoridade para prescrever é a autoridade para destruir. Assim, também, a autoridade dos médicos, para decidir se e quando hospitalizar um paciente fornece aos médicos uma grande vantagem nas políticas administrativas de um hospital<sup>66</sup> (STARR, 1982, p. 26-7, nossa tradução)

O profissionalismo, entre outras funções, serviu como uma força que criou uma solidariedade entre os membros da profissão médica nas lutas contra as forças que ameaçavam sua posição econômica. No século XIX, o profissionalismo serviu como base de resistência contra outras ocupações e, no século XX, para condicionar as novas instituições como os hospitais e companhias de seguros e também a crescente presença do Estado no setor.

Assim, a organização do setor saúde nos Estados Unidos foi condicionada pelos interesses da profissão. Entretanto, a expansão dos custos do setor condicionado pelos interesses da profissão deu origem a uma série de iniciativas do governo e empresas de controlar essa expansão, que acabaram se refletindo na prática profissional. Freidson (1988), no prefácio da edição de 1988 de seu livro clássico sobre a profissão médica, argumenta que foi o sucesso da medicina em manter a sua forma tradicional de prática e remuneração que foi responsável pelas pressões que a profissão estaria enfrentado desde o fim da chamada Era de Ouro da Medicina (1945-1965):

A Era de Ouro da Medicina estadunidense foi uma era de irresponsabilidade profissional, na qual a medicina não fez muito para revelar e corrigir o comportamento irresponsável ou antiético de parte dos seus membros, na qual as tentativas [da profissão] em evitar que seus membros participassem de outras formas de prática ou métodos de pagamento que poderiam reduzir os custos para o consumidor, e na qual não foi feito nenhum esforço significativo para desencorajar seus membros de estabelecerem honorários sempre maiores. Foi o fracasso da profissão para se auto-regular em função do interesse público que criou as pressões legais, econômicas e políticas nos últimos vinte anos sobre a profissão. E, paradoxalmente, foi a insistência da profissão no pagamento por procedimento que na prática forçou o desenvolvimento de mecanismos (não existentes) de vigilância, revisão e controle sobre os pedidos de reembolso<sup>67</sup> (FREIDSON, 1988, p. 390, nossa tradução).

---

<sup>66</sup> “The gatekeeping authority of doctors gives them a strategic position in relation to organizations. In effect, the profession’s authority puts at its disposal the purchasing power of its patients. From the standpoint of the solvency of a health insurance company, the authority to prescribe is the power to destroy. So, too, the physicians’ authority to decide whether and where to hospitalize patients gives doctors great leverage over hospital policy” (STARR, 1982, p. 26-7).

<sup>67</sup> “The Golden Age of American medicine was one of professional irresponsibility, in which medicine did little to uncover and correct incompetent, irresponsible, or unethical behavior on the part of its members, in which it attempted to prevent its members from participating in organized forms of practice and methods of payment that could reduce costs to consumers, and in which it made no significant effort to discourage its members from setting ever higher fees. It was the profession's own failure to regulate itself in the public interest that created the legal, economic, and political pressures of the past twenty years. And paradoxically, it was the profession's

## **2. As políticas de saúde e as reformas do setor**

Pode-se dizer que entre 1963 e 2004, mesmo depois do Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas de saúde no Brasil mantêm um padrão de assistência dicotômico: a saúde para os trabalhadores integrados no mercado formal e a saúde pública. O primeiro esquema, de proteção constituído pela Previdência Social, planos de saúde destinados a grandes e pequenas empresas e a servidores públicos federais, estaduais e municipais; o segundo esquema, destinado a combater as grandes endemias, atender à população fora do mercado formal de trabalho e cobrir os riscos mais caros dos planos de proteção destinados aos trabalhadores integrados.

Essa relativa estabilidade no padrão das políticas do período não é, entretanto, resultado de uma ação deliberada do Estado. As políticas oficiais do período se pautaram pela expansão crescente de parcelas cada vez maiores da população, até a universalização do direito à saúde em 1988.

Ao mesmo tempo, as duas principais inovações setoriais virão de duas diferentes facções da burocracia do Estado: a burocracia da Previdência e a burocracia da Saúde, burocracia essa formada por um grande número de médicos. A burocracia da Previdência conduzirá ao processo de unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, em 1967; a burocracia da Saúde conduzirá o processo que culmina com a chamada “Reforma Sanitária”, em 1988.

Nesse capítulo se apontará o papel político da burocracia na constituição das políticas do setor saúde entre o final dos anos 60 e início dos anos 80. Nesse período de tempo ocorre a expansão da ação do Estado, uma expansão que preserva e expande o setor privado, mas também cria as condições para a constituição de uma agenda alternativa para o setor.

A criação de espaços institucionais possibilitou a expansão das propostas alternativas de “saúde pública”. Embora pequenos, esses espaços institucionais foram utilizados pelas correntes alternativas do setor saúde para desenvolver e sustentar um novo projeto político.

---

insistence on fee-for-service payment that virtually forced the development of unusually elaborate efforts at surveillance, review, and control of reimbursement claims” (FREIDSON, 1988, p. 390).

## **2.1. Política previdenciária: a inserção diferenciada das classes dominadas**

De uma maneira geral, podemos dizer que, até a década de oitenta, existiam duas instituições responsáveis pela organização da assistência à saúde no Brasil: a Previdência Social e o Ministério da Saúde.

A Previdência Social era responsável pela organização dos serviços de saúde dos trabalhadores do mercado formal, que contribuía diretamente para o sistema.

Ao ministério da Saúde cabia organizar e gerenciar as ações de “saúde pública”, muito embora a definição do que é “saúde pública” seja algo difícil. Pode-se entender que sob este termo se enquadravam as ações de combates a grandes endemias e outras que tinham o foco no “interesse coletivo”.

Além dessas duas instituições, existia também uma série de outras organizações que ofereciam uma assistência diferenciada ao setor privado. A União, os estados e os municípios, por sua vez, nunca deixaram de patrocinar, direta ou indiretamente, iniciativas de assistência diferenciada aos seus servidores. Essa situação se mantém durante todo o período de existência do setor de assistência médica da Previdência Social e mesmo depois da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988.

O Estado, a partir da década de 70, intensifica suas ações na área de saúde. Entretanto, isso não significa que ele até então estivesse ausente do setor. Desde os anos 30 o Estado interveio para organizar ou patrocinar os setores organizados do mundo do trabalho e suas instituições de proteção social, entre elas a saúde (COSTA, 1996).

Essas políticas, entretanto, vinculavam-se aos trabalhadores integrados no mercado formal. Estavam excluídos todos aqueles que não tivessem uma ocupação regulamentada pelo Estado.

Essa situação é descrita por Santos (1979) como “cidadania regulada”. Segundo o autor, o conceito de “cidadania regulada” descreve uma situação na qual os direitos sociais são determinados, não por um código de valores políticos, mas sim por um sistema de estratificação ocupacional. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que estejam associados em qualquer uma das ocupações reconhecidas em lei. A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido pela lei. Todos os demais, aqueles cuja ocupação a lei desconhecia (trabalhadores da área rural, autônomos, trabalhadores urbanos que ocupam postos não reconhecidos na lei, empregada doméstica, entre outros) estavam excluídos dos chamados direitos sociais, inclusive do direito à saúde.

Assim, as iniciativas governamentais na área de saúde tinham um caráter restritivo: todos que não se enquadravam nas categorias profissionais oficiais eram tidos como indigentes. Por sua vez, o setor formal era responsabilidade da Previdência. A tradição corporativa do sistema político brasileiro é que explicará a subordinação das ações governamentais de saúde ao sistema previdenciário oficial:

A tradição institucional do corporativismo estatal, forjada na década de 1930, possibilita entender por que o desenvolvimento da assistência médica subordinou-se diretamente ao sistema previdenciário, sendo o vínculo contributivo condição indispensável à obtenção do direito à atenção à saúde. A restrição básica ao acesso dos não-contribuintes vigorou no Brasil até a década de 1970 (COSTA, 1996).

Por mais paradoxal que possa parecer, será a partir de 1964, durante o regime militar, que uma série de mudanças iniciadas com a unificação da Previdência, eliminarão as disparidades mais evidentes do sistema previdenciário (MALLOY, 1977). Essas mudanças incorporarão, pelo menos do ponto de vista formal, uma nova clientela aos serviços de saúde. Entretanto, será somente com as reformas dos anos 80, principalmente com a Constituição Federal de 1988, que a figura do indigente desaparecerá definitivamente do vocabulário oficial do sistema de proteção em saúde.

Duas reformas do setor podem ser consideradas chaves nesse processo: a Reforma da Previdência, em 1967, e a Reforma Sanitária, em 1988.

A partir do estudo dessas duas reformas, conduzidas em diferentes contextos econômicos e políticos, se evidenciarão alguns determinantes presentes nos dois contextos. Será possível comparar duas situações tão diferentes? Aparentemente não, já que se associa a reforma previdenciária de 1967 à junção dos interesses do governo militar com alguns poucos tecnocratas. A Reforma Sanitária, por sua vez, em grande parte da literatura sobre o tema, está associada à luta contra a ditadura militar e a participação dos sindicatos, de partidos de esquerda e aos movimentos sociais. Enfim, seria uma reforma decorrente da ação da “sociedade civil organizada”. Entretanto, como procuraremos mostrar, nos dois casos, diferentes frações da burocracia do Estado serão um dos principais agentes dessas duas reformas.

## **2.2. As formas de proteção social anteriores à reforma de 67**

### **2.2.1. A República Velha e a Lei Eloy Chaves**

A Lei Eloy Chaves, de 1923, representa um marco na criação de um sistema de seguridade no Brasil. Esta lei inaugura as bases conceituais do modo pelo qual o Estado trata a “questão social”. No caso da saúde, a lei institucionaliza um sistema segmentado de

assistência médica e proteção previdenciária que se manterá até os dias de hoje, não obstante as mudanças promovidas no final do século XX, com a criação do Sistema Único de Saúde - SUS.

Uma das características mais importantes da Lei Eloy Chaves é que ela trazia proteção legal somente às pessoas já empregadas no setor de serviços, muitas das quais eram, na verdade, funcionários de alta categoria. Ela origina-se dos esquemas de proteção gestados ainda no período colonial, dirigidos ao setor público: militares, funcionários civis e empregados de empresas estatais. Para estes servidores era um direito adquirido, para os demais trabalhadores se tornará um direito somente a partir da contribuição dentro das regras do novo sistema (MALLOY, 1986).

O conceito de Previdência Social não se baseava numa noção abstrata de classe ou cidadania, mas se dirigia a grupos que exerciam determinadas atividades, principalmente aqueles que tinham um impacto direto nos setores mais importantes do modelo agrário-exportador: ferroviários, estivadores e marítimos. No caso dos ferroviários, trata-se de um “dos grupos de trabalhadores mais organizados, que controlava um serviço público crítico em relação ao bem-estar econômico da nação, para não se falar da economia cafeeira do Estado de São Paulo”. Ao que tudo indica, a lei teria sido feita especialmente “para neutralizar aqueles que propunham a ação radical”, ou seja, os segmentos “de uma classe trabalhadora autônoma e agressiva” (MALLOY, 1986, p. 54).

### **2.2.2. O Regime de Vargas e as propostas de mudanças**

Com a chegada de Vargas ao poder, em 1930, um novo conceito organizacional será introduzido: o Instituto de Aposentadoria e Pensões - IAP. Esse novo sistema substituiu o sistema de Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAPs, existentes até então. Criados em 1933, os Institutos de Pensões passaram a organizar Institutos de previdência em função das diversas categorias ocupacionais e não mais em função da profissão, como era nos antigos sistemas de Caixas de Aposentadorias e Pensões. Novamente, as categorias mais bem organizadas e estrategicamente localizadas foram incorporadas primeiro, mais ou menos na ordem do seu significado econômico e, portanto, político. O sistema funcionou como um mecanismo de incorporação e controle da classe trabalhadora em um conjunto de estruturas corporativas centralmente controladas (MALLOY, 1986).

As bases da Lei Eloy Chaves, com essas alterações promovidas no primeiro governo de Vargas, permanecerão inalteradas até o final da década de 60.

Entre 1930 e 1938, o regime Vargas construiu um sistema de previdência que trouxe proteção básica para todos os setores organizados da classe média urbana – cerca de dois milhões de pessoas. O sistema não estendeu a cobertura ao setor rural, aos autônomos, profissionais liberais, domésticos, lojistas, vendedores por conta própria, ou àqueles que não tinham emprego certo ou trabalhavam sem vínculo empregatício. Com algumas modificações, o sistema básico da previdência social estabelecido pelo regime de Vargas permaneceu intacto até 1966 (MALLOY, 1986, p. 69).

Estas características gerais do modelo são bastante conhecidas da ciência política. Entretanto, diferente das abordagens que consideram o Estado como um ente quase absoluto, com uma capacidade infinita para cooptar/eliminar seus opositores - tal como é descrito nos trabalhos de Faoro (1978) e Schwartzman (1988), a análise de Malloy inova ao mostrar a fragilidade do Estado diante dos supostos cooptados: “Se, sob Vargas, os sindicatos eram de certo modo fracos e co-optantes, era-o também o Estado: os fracos alimentavam-se dos fracos e deles dependiam” (MALLOY, 1986, p. 96).

### **2.2.3. As duas “burocracias” dos Institutos da Previdência e as disputas em torno das reformas**

A análise das propostas de reformas do sistema de Previdência Social durante as décadas de 50 e 60 mostra a centralidade de uma parte da burocracia do Estado no processo de reformas.

As reformas do sistema de Previdência Social são propostas desde a década de 40, por quadros técnicos da burocracia da Previdência e do Trabalho, e visavam unificar os diversos Institutos em um único órgão: o Instituto de Serviços Sociais do Brasil – ISSB. Essa reforma era influenciada pelas reformulações correntes nas Américas - inspirada em uma ideologia mais ampla de bem-estar social - e buscava a ampliação dos benefícios e programas de assistência médica e social, o que produziria uma substancial distribuição de renda. O sistema existente até então proporcionava uma quantidade limitada de benefícios a grupos altamente selecionados que constituíam uma minoria da população economicamente ativa. Existia uma rede muito mal distribuída de escritórios e agências, sobretudo na área de serviços médicos (DONNANGELO, 1975; MALLOY, 1986).

As resistências ao plano estavam em três grupos: os beneficiários do sistema vigente (bancários, ferroviários e trabalhadores em outros serviços públicos), dos líderes sindicais e políticos (que tinham nos Institutos sua base política) e os funcionários “protegidos” desses Institutos.

Vargas acatará as propostas dos reformistas e, por meio de um decreto, em 7 de maio de 1945, cria o Instituto de Serviços Sociais do Brasil (ISSB). Porém, com a queda de Vargas, o esquema se desmantela (DONNANGELO, 1975; MALLOY, 1986). No segundo governo de

Vargas, as propostas reformistas serão abandonadas, já que Vargas passará a depender mais do apoio de políticos e sindicatos que tinham nos Institutos de Previdência uma fonte importante de sustentação política.

Assim, as reformas são abandonadas, mas não esquecidas. O grupo de técnicos que defendia uma reformulação do sistema de Previdência continuará fazendo parte do governo, embora sem a força política necessária para implementar suas propostas. Era um grupo com pouca força de mobilização. Já a maior parte dos funcionários desses Institutos eram contrários às mudanças. Existia uma luta no interior das estruturas estatais que envolvia essas duas frações da burocracia, o governo, os políticos e os sindicalistas.

Para entender esse processo é necessário levar em conta a composição desta não tão singular burocracia do período, composta por um componente meritocrático e outro de patronagem<sup>68</sup>. Desde o começo, o componente patronal cresceu mais rapidamente que o do mérito:

No ano de 1943, de 145.991 servidores federais, bem mais de 90.000 eram ‘protegidos’. Mais ainda: o sistema de patronato freqüentemente caía sob o controle de líderes políticos de nível médio e trabalhistas que o usavam para suas próprias bases de poder e suas carreiras particulares. Portanto, uma porção substancial do Estado administrativo foi, com efeito, colonizado pelo líderes políticos de nível médio e trabalhistas que formaram parte importante da coalizão de Vargas. (...) Na fase populista o componente patronato (...) continuou a crescer mais rapidamente que o do merecimento. Por volta de 1958, de 232.632 servidores federais, menos de 68.000 estavam na linha principal da categoria de serviço público e muitos haviam sido admitidos na qualidade de extranumerários e interinos (MALLOY, 1986, p. 84).

O antagonismo entre esses técnicos e a coalizão política é evidente nos relatos feitos pelos depoentes, principalmente aqueles que integravam o Conselho Atuarial dos antigos Institutos:

Quando o Getúlio, por exemplo, queria um parecer contrário em determinada coisa, ele (...) mandava ouvir o Conselho Atuarial, que ele já sabia qual era a opinião que era a que ele queria ir contra, ou pedir. (...) Ele [João Goulart] deu uma entrevista pública, pelo rádio, dizendo que o serviço atuarial era uma repartição cujo objetivo primordial e objetivo que figurava nos seus estatutos, era inventar estatísticas para contrariar a vontade dos trabalhadores (JOURDAN, 2004).

Mas havia também uma evidente rivalidade entre os médicos que integravam os Institutos por concurso e aqueles que eram nomeados<sup>69</sup>. O setor público de saúde, no período,

---

<sup>68</sup> Tal como é descrito por Edson Nunes (NUNES, 1997).

<sup>69</sup> “Isso infelizmente não melhorou muito. Isso começou lá naquela fase famigerada do presidente [João] Goulart que abriu e o Instituto começou a nomear todo mundo, sem concurso, pela janela como eles diziam lá, e os médicos viviam revoltados ... (risos) ‘Esses caras têm o mesmo direito que nós’” (MEDEIROS, 2004). Assim, a

acompanhava um padrão de organização semelhante às demais estruturas do Estado: um pequeno núcleo organizado segundo princípios meritocráticos, mas atravessado pelas relações de clientela e de reciprocidade.

De modo algum, entretanto, as relações de pessoalidade ou reciprocidade estavam restritas à busca de legitimação por parte do poder político, ou seja, uma forma de conseguir apoio político em troca de emprego público.

A própria aplicação das regras de uma instituição era condicionada por interesses de ordem pessoal<sup>70</sup>. Ao mesmo tempo, quando aplicadas às regras meritocráticas, essas estavam atravessadas por critérios que ultrapassavam as considerações propriamente técnicas. Como se pode ver em outro depoimento do médico Carlos Renato Grey, que relata quais eram os critérios de seleção para ocupação de posições dentro de uma instituição hospitalar pública:

Ele [o professor encarregado da seleção do corpo clínico num hospital público] não fazia propriamente aquele concurso, formal como faziam os franceses, que botavam a ampulhetazinha para ver o tempo de interrogatório: ele limitava exatamente, primeiro: ele tinha uma filosofia muito interessante, ele dizia assim: que ele preferia um profissional menos inteligente, mas mais honesto do que um muito inteligente e muito desonesto. De maneira que a primeira condição dele era exatamente a seguinte: ele queria saber de onde é que vinha aquele sujeito? Agora esse “de onde é que ele vinha” não queria dizer que ele fosse uma seleção social, não, absolutamente. Então, eu me lembro disso, nós tínhamos um colega, que aliás era um ótimo sujeito (...) era filho de um sapateiro (...) mas era um sujeito, era um sapateiro, que tinha sua vida organizada, família disciplinada. Era isso que o Gouveia fazia muita questão. (GREY, 1997)

Assim os critérios de seleção, mesmo quando mediados pela necessidade de utilização de recrutamentos mais objetivos, como o concurso, ainda permanecem alicerçados em critérios sociais e pessoais e não simplesmente critérios “técnicos”.

Não será surpreendente, portanto, que tais critérios de relacionamento entre público e privado se mantivessem após a unificação da Previdência de 1967. Afinal, a unificação não alterou significativamente esse padrão de reprodução centrado nas relações de clientela e de reciprocidade, já que o clientelismo, e outras taxonomias utilizadas para descrever essa dinâmica social, não era produto de um Estado ditatorial, mas estava alicerçada na própria dinâmica social.

---

existência de uma burocracia e de processos de seleção baseada no mérito era atravessada por outras formas de “seleção”, baseadas no parentesco, na amizade e também na lealdade a algum chefe político.

<sup>70</sup> A aplicação das regras pelos próprios agentes públicos era condicionada pelos critérios de amizade ou parentesco: “Então, o Mário Santos chamou o rapaz do ponto, que era o Candinho, e disse: ‘Olha, de hoje em diante, às nove horas da manhã, você encerra o ponto. E me faz a lista dos que não chegaram’. Bom. Na primeira lista apareceu o nome da mulher dele. Ele perguntou: ‘Ô, você não sabe que essa é minha mulher?’ Ele disse: ‘Eu sei, mas eu não vi’. Aí ele transferiu o Cândido do ponto” (MACHADO, 1991).

Conforme Malloy, a maior exceção a esse quadro talvez fossem os burocratas da Previdência Social, formados no Ministério do Trabalho e, principalmente, no Instituto de Assistência e Previdência dos Industriários – IAPI. Desde a criação desse Instituto, o governo estava decidido a lançá-lo em bases seguras do ponto de vista técnico e financeiro. Os técnicos do IAPI eram selecionados segundo critérios de mérito competitivo, o que aumentou a força de sua identidade e os distanciava dos técnicos dos demais Institutos, que eles consideravam serem simples protegidos dos políticos. “Na verdade, o IAPI (junto com o Banco de Desenvolvimento Nacional e o Ministério das Relações Exteriores) foi um dos poucos ramos do serviço público que reforçou consistentemente o princípio de recrutamento por meio de concurso competitivo” (MALLOY, 1986, p. 86).

Serão desses quadros técnicos que surgirão as propostas de alteração no sistema da previdência. Entretanto, realidades conjunturais e estruturais se combinarão para impedir a concretização das mudanças propostas durante as décadas de 40 e 50.

De um lado, estavam os componentes da ala técnica-administrativa, que se consideravam “apolíticos”, do grupo original de Vargas (entre eles destacam-se Arnaldo Sussekind, Aníbal Pinto e Moacir Cardoso de Oliveira). De outro, os políticos do PTB, os líderes dos trabalhadores e seus protegidos no emprego público<sup>71</sup>. Finalmente, havia o PSD, que temia que a proteção ao trabalhador rural quebrasse as antigas estruturas rurais que apoiavam sua máquina política.

Independente disso, inúmeras iniciativas do legislativo buscarão a unificação dos Institutos entre 1945 até o início da década de 60. Porém sem sucesso, devido aos interesses contrários à proposta.

Os impasses em direção à reforma não estavam em nenhuma ameaça ao caráter essencialmente capitalista do regime. As resistências às mudanças situavam-se no âmbito estatal, dos agentes situados nas estruturas criadas ou licenciadas pelo Estado. Portanto, em uma arena propriamente corporativa.

---

<sup>71</sup> José Correa Dias Sobrinho (CORREA SOBRINHO, 2004), um dos envolvidos na reforma, relata sua visão da reforma: “O que acontece é o seguinte, o regime político é o seguinte. Havia o seguinte, do meu lado só tinha uma pessoa, era o Presidente Castelo Branco (...) Havia unificação da Lei Orgânica, 1960, mas cada instituto fazia aquilo da sua maneira. Eu peguei aquela melhor rotina que existia entre os seis institutos e adotei uma para todos os institutos”. Quando questionado se ele não considerava aquilo uma ação política, ele argumenta que: “Não. O problema todo é o seguinte: eu tinha estudado Administração, eu tinha um curso de Administração. Eu tinha um curso de Economia e Finanças, eu tinha, eu sou doutor em Direito Público, fiz concurso, curso de doutorado na Faculdade de Direito da Universidade de Minas Gerais. Então, eu tinha um conhecimento maior do Direito. (...) em todas aquelas áreas que interferem com a Previdência Social”. Assim, para o depoente, a reforma nada mais foi do que a aplicação prática de uma medida científica e não política.

Assim, parece que o Estado, mesmo durante o período ditatorial de Vargas, não tem o caráter monolítico tantas vezes atribuído a ele por Faoro (1978) e Schwartzman (1988). Era um Estado que impunha uma dominação baseada em relações burocráticas, de clientela e corporativas, o que se aproxima muito mais do quadro descrito por Schmitter (1968) do que por esses autores. Não existia um poder central capaz de cooptar ou dominar os demais interesses. Vargas, de fato, conseguiu criar e controlar uma complicada máquina política, utilizada para cooptar os setores mais importantes da sociedade. Mas isso será num período inicial do regime. Entretanto, na conjuntura seguinte, esses grupos se apropriarão das estruturas de cooptação para manutenção e ampliação de sua autonomia frente ao Estado, o que, segundo Malloy (1986), levará a um clima de imobilismo crescente e será responsável pela crise institucional que conduzirá ao golpe militar de 1964.

### **2.3. O regime militar e a reforma da Previdência de 1967**

Enquanto Vargas procurou uma inclusão controlada dos grupos-chave, os militares buscaram uma exclusão controlada desses mesmos grupos. O golpe tinha sido dado frente a uma suposta subversão do movimento trabalhista que ameaçava instituições relevantes, entre elas a Previdência Social. Essa percepção era aceita pelos tecnocratas, que apoiaram o golpe e contribuíram com seus serviços para uma redefinição da economia geral do Brasil e para uma ampla organização do sistema previdenciário (MALLOY, 1986).

Não é necessário entrar em mais detalhes sobre a importância do tema para o regime militar. Basta dizer que, já em junho de 1964, sob a direção de Moacir Cardoso de Oliveira, foi estabelecida uma comissão a fim de estabelecer as novas bases de um novo modelo de Previdência Social. No ano seguinte, o agora ministro de Estado Sussekind apresentou ao presidente Castelo Branco um abrangente plano para a reforma da Previdência, muito semelhante à proposta do Instituto de Serviços Sociais do Brasil – ISSB (que Vargas tinha decretado, porém nunca implementada). O plano promovia a universalização da cobertura e a unificação completa da Previdência em um único organismo (MALLOY, 1986).

Nos dois anos subseqüentes, o plano de Sussekind sofreu algumas modificações e ajustes, à medida que a influência do ministro também se modificou, até que finalmente, em janeiro de 1967, foi criado o Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INPS), que substituiu e absorveu toda a estrutura dos Institutos de Aposentadorias e Pensões. Em 1971, os trabalhadores rurais foram incorporados ao novo sistema, por meio do FUNRURAL. No ano seguinte, os empregados domésticos passaram também a integrar o novo sistema previdenciário. Segundo Malloy (1986), todas essas reformas foram sugeridas, planejadas e

implementadas pelos tecnocratas da Previdência Social e representam o triunfo da ala técnica de Vargas.

Portanto, pode-se dizer que, no período analisado, as reformas são propostas e implementadas por uma parte da burocracia do Estado. Elas se tornam possível pela subjugação dos agentes contrários a elas, o que é conseguido pela aplicação das medidas de exceção inauguradas pelo regime de 1964.

Com a unificação dos Institutos, se produziu uma uniformização e equalização dos benefícios prestados ao trabalhador da iniciativa privada, independente de sua ocupação no mercado de trabalho. Ocorreu também uma ampliação, pelo menos do ponto de vista formal, dos benefícios a outras camadas da sociedade, como por exemplo, os benefícios ao trabalhador rural e à empregada doméstica. Finalmente, é inegável que, para o conjunto dos beneficiados urbanos, a unificação trouxe uma ampliação dos direitos sociais. “Em 1963, a percentagem de segurados urbanos sobre a população total era de 7,4%; em 1970 havia subido para 9,6% e, em 1977, já alcançava 18,5% da população brasileira” (FLEURY et al., 1988, p.51).

Os funcionários públicos e de grandes corporações públicas e privadas, entretanto, permaneceram com um sistema diferenciado de previdência e assistência médica.

As modificações no regime de previdência, que significaram uma elevação nos recursos disponíveis, aliadas ao crescimento da população urbana, produziram um aumento na demanda dos serviços de assistência médica (FLEURY et al., 1988). A ampliação dos serviços de assistência médica, a partir da reforma de 67, se fará mediante os serviços disponibilizados pelo setor privado.

### **2.3.1. As conseqüências da unificação da Previdência: expansão da cobertura e manutenção do sistema segmentado de assistência**

No período anterior à unificação dos Institutos, antes de 1967, a diferenciação não se restringia somente aos benefícios previdenciários. Ela também acontecia nos serviços de assistência médica. Por exemplo, os benefícios de assistência médica dos bancários eram superiores àqueles dos industriários, muito embora o instituto dos bancários não contasse somente com os recursos oriundos do seu fundo, mas buscava “financiamento” dos outros fundos. Com a unificação da Previdência Social, a assistência médica passou a ser assegurada de maneira uniforme a todos os beneficiários, condicionada, entretanto, às disponibilidades

financeiras. O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) ampliou os benefícios de assistência médica por meio da contratação do setor privado:

O Instituto instalou-se já como grande comprador. A rede de serviços próprios proveniente das antigas instituições era bastante modesta: vinte e dois hospitais em atividade, cinco em construção, quinhentos e cinco ambulatórios em atividade e oito consultórios médicos, para o atendimento de um total de beneficiários que correspondia, já em 1964, a 22% da população total brasileira, e ascendeu, em 1969, a 39% dessa população. As conseqüências mais imediatas dessa situação estão expressas no fato de que, em 1967, dos 2.800 hospitais existentes no [país], 2.300 estavam contratados pelo INPS (DONNANGELO, 1975, p. 37).

A expansão, portanto, ocorreu pela contratação do setor privado.

Segundo Donnangelo (1975), a assistência à saúde, desde a época dos antigos Institutos de Pensão, foi sempre uma preocupação secundária, já que se fixava um percentual máximo de 12% dos gastos desses Institutos que poderiam ser utilizados na assistência médica. Entretanto, para os segurados da Previdência, a atenção médica era um dos maiores atrativos do sistema previdenciário, e eles pressionavam para uma ampliação na prestação deste tipo de serviço. Essa pressão, que “parece ter-se manifestado bastante precocemente e sob a forma de reivindicação individual de um direito adquirido”, será registrada por Durval Rosa Borges, já em 1943. Para esse médico, os serviços de saúde seriam “um extraordinário traço de união entre os segurados e as respectivas instituições de seguro que, em muitos freqüentes casos”, seriam somente “conhecidas através de seus serviços médicos” (Rosa Borges apud DONNANGELO, 1975, p. 31).

Assim, no final da década de 60, com a reforma de 67, ocorre uma ampliação dos benefícios de assistência médica, restrita entretanto aos beneficiários do regime da Previdência Social:

Efetivamente, desde a década de 50, a prestação de assistência médica pela Previdência Social vinha crescendo, mas após a unificação dos Institutos, esse crescimento passou a se dar em um maior ritmo e sustentando taxas mais elevadas. Em 1967, a relação entre despesas de saúde e despesas totais do INPS foi de 22,4% e, em 1970, essa relação já era de 26,7%. Ao mesmo tempo, o nível real dos gastos do INPS com saúde havia, em 1970, aumentado em 95,3% em relação a 1967 (FLEURY et al., 1988, p.51).

Para muitos analistas, o modelo de assistência médica patrocinada pela Previdência Social teria promovido a “privatização do social”, que se evidenciaria pela “expansão da produção de serviços privados de saúde por meio da compra dos mesmos pela Previdência Social”. Dessa forma, a política de saúde do período teria tido “como característica central o aprofundamento da atenção médica individual – de base hospitalar privada – através da

Previdência Social, concomitantemente ao descuramento das ações de saúde pública do Ministério da Saúde”. (FLEURY et al., 1988, p. 48-9).

Esse relativo consenso merece ser mais bem examinado. De fato, a ênfase da Previdência Social é com as atividades curativas e existe uma redução nos investimentos em saúde pública. Não se trata também de negar que o Estado, por meio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), tenha privilegiado o setor privado, contratado na prestação dos serviços de saúde ao público segurado da previdência, ou a pouca importância do Ministério da Saúde e das ações de saúde pública no período. A questão que se coloca é se, no período anterior a unificação do INPS, as políticas de saúde privilegiava mais o setor público que o “novo modelo” inaugurado em 1967? Não teria ocorrido apenas a ampliação de um modelo de assistência, já consolidado no período anterior? Somente podemos falar em privatização se, no período anterior, houvesse uma estrutura pública de prestação de serviços que tivesse sido privatizada com a unificação da previdência em 1967.

O que parece ter ocorrido, na verdade, é a ampliação dos benefícios de assistência médica pelo ramo privado, com todas as críticas que podem ser feitas a esse tipo de modelo. A ampliação dos serviços de saúde por meio desse arranjo parece estar de acordo com a ideologia do regime de 64. O projeto político dos militares, se em muitas questões era nacionalista e estatizante, não defendia uma estatização dos meios de produção, para usarmos a terminologia marxista.

Já que o regime não era socialista, por que deveria ampliar o espaço estatal na prestação dos serviços de saúde? Para os técnicos afinados com o novo regime era mais vantajoso fortalecer e incentivar a iniciativa privada no setor, sob o controle do Estado. Assim, parece que existiu antes uma “afinidade eletiva” entre os interesses desta fração da burocracia do Estado e a iniciativa privada para a ampliação do modelo anterior, com alguns ajustes, do que uma “privatização do social”.

Não há informações mais detalhadas sobre a forma como era disponibilizada a assistência médica no período anterior à reforma de 1967. Se de fato havia uma predominância do setor público sobre o setor privado, que depois teria se invertido, ou seja, o Estado teria passado a contratar preferencialmente o setor privado para a prestação dos serviços de assistência médica. Mas, tendo em vista o tamanho da rede própria dos antigos Institutos, por ocasião da incorporação desses pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), parece que não era essa a situação existente: a contratação do setor privado para atendimento dos segurados era regra nos antigos Institutos.

Independente da interpretação que se atribua a esta forma expansão da assistência médica na década de 70, não se pode negar que ocorreu uma ampliação e equalização dos benefícios de assistência à saúde dos trabalhadores amparados pelo regime da Previdência Social, ao mesmo tempo em que se mantêm os esquemas segmentados do período anterior.

Para Donnangelo (1975, p. 34), ao longo da história do Brasil foram-se criando as condições que lançariam o Estado no centro do mercado de assistência médica e o transformariam no monopolizador desses serviços. No início da década de 70, “90% de todos os serviços médicos prestados no país” se encontrariam “direta ou indiretamente, dependentes do Instituto Nacional de Previdência Social”.

Talvez tão importante quanto a ampliação da atenção à saúde pelo ramo privado seja a manutenção do sistema segmentado destinado aos diferentes estratos sociais, que já existia nos antigos Institutos de Previdência que, por sua vez, já tinha sido herdado dos esquemas de Caixas de Pensões da Lei Eloy Chaves.

Todavia, mesmo com o aumento nos gastos de assistência à saúde por meio da Previdência, passando de 14% dos gastos dos antigos IAPS para algo em torno de 23% do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), esta expansão não conseguiu acabar com as desigualdades no acesso à assistência médica. O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) passou a ser mais utilizado pelos trabalhadores de menor poder aquisitivo. Assim, o novo modelo, de um lado, teve um efeito de redistribuição de renda, já que proporcionou a ampliação de um serviço aos estratos mais desfavorecidos da classe trabalhadora.

Entretanto, no período, os investimentos em saúde pública permaneceram estáveis ou foram reduzidos. Isso significa que aqueles grupos que estavam de fora do esquema assistencial do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e eram atendidos por estes esquemas de assistência, viram seu acesso à saúde diminuir, já que o crescimento da população no período, bastante considerável, não foi acompanhado por um aumento dos recursos para este setor.

A questão da desigualdade de acesso aos serviços de saúde não se reduziu, entretanto, a um esquema de proteção social que ofereceu diferentes serviços, de acordo com a inserção no mercado formal de trabalho, ou seja, um esquema de “cidadania regulada”. Mesmo para aquela população segurada, existiram diferentes sistemas de proteção, alguns que permaneceram mesmo com as modificações introduzidas pela reforma de 1967, outros que se desenvolveram com a implantação do novo sistema.

Os grupos com maior poder aquisitivo utilizaram-se do setor de assistência privada; os serviços do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) passaram a ser utilizados pelos

trabalhadores de baixa renda. O acesso aos serviços do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) era, entretanto, dificultado pela “distribuição extremamente pobre de pessoal e facilidades na área médica, o que reduziu o acesso aos cuidados de saúde de amplos setores necessitados, que certamente fariam uso dos serviços se eles estivessem disponíveis”. Ainda, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) permitia “que muitas grandes companhias” transferissem “partes significativas de sua taxa de previdência em troca de serviços médicos aos seus empregados, no local de trabalho ou perto dele”. Desse modo, dentro da estrutura de assistência médica, se criava uma categoria diferenciada de segurado, o qual tinha “acesso mais fácil e mais rápido a um serviço médico melhor em troca de sua contribuição normal ao INPS, do que o resto dos contribuintes do instituto” (MALLOY, 1986, p. 144).

Assim, mesmo que a reforma tenha acabado com as desigualdades mais evidentes do sistema, ela conservou um sistema diferenciado de assistência médica aos diferentes estratos sociais. De um lado, os setores militares e da burocracia, com seus sistemas próprios de previdência e assistência médica. De outro, as grandes companhias públicas e privadas que continuaram a patrocinar uma assistência diferenciada a seus funcionários, com o subsídio direto ou indireto do Estado (como por exemplo, o serviço de complementação de aposentadorias e assistência médica dos funcionários do Banco do Brasil).

Num terceiro grupo, estavam aqueles trabalhadores atendidos pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), geralmente ligados aos setores mais desorganizados do mundo do trabalho formal, já que as grandes empresas ou grandes sindicatos conseguiam proporcionar um atendimento diferenciado aos seus filiados. Finalmente, estavam aqueles não enquadrados nos sistemas anteriores, atendidos pelas políticas do Ministério da Saúde como indigentes nos serviços de saúde públicas mantidos pelo Estado ou por entidades assistenciais públicas ou privadas.

Esse sistema estratificado possui ainda mais um fator que gerou uma desigualdade no acesso aos serviços de saúde. A partir de 1969, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) passou a arcar com as partes mais caras e complexas do atendimento médico (tuberculose, doenças mentais, cirurgia cardíaca, microcirurgia, transplantes, implantes, politraumatismo e todos os casos que se ultrapassem a um determinado teto) (FLEURY et al., 1988). Os grupos das classes média e alta continuaram a fazer uso dos serviços particulares para doenças de rotina, mas procuravam o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) para enfrentar os problemas de alto custo médico, como cirurgias de alto custo, processos diagnósticos especiais, unidades de tratamento intensivo, entre outros.

Assim, os mais privilegiados usam menos o sistema, mas tiram maior proveito dele quando o procuram - criando uma demanda efetiva da medicina mais sofisticada, em detrimento de uma maior e melhor distribuição de serviços de rotina para os menos afortunados. O movimento em direção à medicina mais dispendiosa é reforçado pela estrutura de recompensa e prestígio da profissão médica. Portanto, existe a possibilidade de maior concentração de recursos em vastos e sofisticados complexos médicos urbanos, aumentando o problema de uma distribuição equitativa de serviços (MALLOY, 1986, p. 144).

Este era o quadro característico dos serviços de assistência médica prestados pelo sistema previdenciário, o antigo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS): um modelo de proteção social caracterizado pela inserção diferenciada das classes dominadas. Será a partir das críticas a este modelo assistencial que o movimento sanitário construirá suas propostas.

#### 2.4. A Burocracia da saúde e suas propostas

Apesar de ter seu espaço político limitado durante o regime militar, a partir da década de 60, o **sanitarismo desenvolvimentista** apresenta um conjunto articulado de propostas para a reorganização dos serviços públicos de saúde<sup>72</sup>. A partir da Escola de Saúde Pública, criada no fim da década de 50 e ligada à Fundação Oswaldo Cruz, se articulou uma gestão desta proposta com outras organizações da burocracia estatal, como a Sociedade Brasileira de Higiene e as Conferências Nacionais de Saúde:

Mario Magalhães, Gentile de Mello e Carlyle Guerra de Macedo, defenderão essas idéias na Escola Nacional de Saúde Pública, criada em 1959, na disciplina 'Fundamentos Sócio-Econômicos'. Será a partir dessas idéias que se constrói um edifício teórico que será apresentado, em 1962, 'para revolucionar' as bases dos sanitarismo tradicional na Sociedade Brasileira de Higiene e numa pioneira proposta da Política Nacional de Saúde debatida na 3ª Conferência Nacional de Saúde em 1963 (FLEURY et al., 1988, p. 18)

As recomendações do XV Congresso Brasileiro de Higiene, promovido pela Sociedade Brasileira de Higiene, foram traduzidas num Plano Nacional de Saúde e, posteriormente, incorporadas pela III Conferência Nacional de Saúde, em 1963. As Conferências Nacionais de Saúde reuniam, na ocasião, apenas um grupo restrito de burocratas da saúde e políticos. Somente com a VIII Conferência o evento tomou as proporções que tem hoje. Assim, temos uma articulação de interesses que aconteceu predominantemente na arena estatal.

---

<sup>72</sup> O **sanitarista desenvolvimentista** defendia que o nível de saúde de uma população dependia em primeiro lugar do grau de desenvolvimento econômico de um país ou região e que, as medidas de assistência médico-sanitária seriam, em boa medida, inócuas quando não acompanham ou integram esse processo (FLEURY et al., 1988).

Essa nova proposta, apresentada em 1963 na III Conferência Nacional de Saúde, foi se configurando durante os anos 50. Já em 1955, em palestra proferida na Escola Superior de Guerra pelo então ministro da Saúde Aramis Athayde, e preparada com a colaboração de Mário Magalhães, “encontramos os alinhamentos gerais que determinaram uma nova divisão das atribuições e responsabilidade entre os níveis político-administrativos da Federação, visando sobretudo à municipalização” (FLEURY et al., 1988, p. 22).

#### **2.4.1. A importância da III Conferência Nacional de Saúde**

A III Conferência Nacional de Saúde reuniu de uma forma articulada, embora sem muito detalhamento, as propostas do grupo ligado ao Ministério da Saúde. Realizada em 1963, ela marcou o início da construção de uma nova proposta para o setor saúde.

As recomendações da III Conferência Nacional de Saúde foram retomadas na sua integralidade, em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, agora ampliada e aberta à participação de outros agentes sociais. Como resultado das recomendações desta Conferência foi criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), importante mecanismo de articulação corporativa das propostas reformistas no período que antecede a Assembléia Nacional Constituinte.

Assim, na Assembléia Nacional Constituinte, em 1988, uma proposta discutida e praticamente consensual entre os agentes setoriais ligadas à corrente reformista foi apresentada como texto constitucional. Essa proposta contemplava a maioria das recomendações da VIII Conferência Nacional de Saúde que, por sua vez, repetiam as propostas da III Conferência. Dessa forma, 25 anos depois, as propostas do grupo sanitarista desenvolvimentista eram transformadas em letra constitucional.

O Plano Nacional de Saúde ainda não existia como um conjunto de propostas articuladas para um novo modelo de organização dos serviços. Somente na III Conferência Nacional de saúde - convocada pelo então ministro da Saúde Wilson Fadul, defensor das teses municipalistas - este novo referencial para o setor se traduziu em um plano concreto de ação. As propostas da Conferência refletem as idéias de Mário Magalhães e Gentile de Mello, para os quais a saúde seria uma questão de superestrutura e, portanto, o Ministério da Saúde é visto como um órgão auxiliar ao desenvolvimento econômico e nunca como instrumento de formulação e implementação de uma política social. De uma maneira geral, pode se dizer que:

As propostas de reorganização dos serviços de assistência médico-sanitária da III CNS [Conferência Nacional de Saúde] não chegam a definir o que se entende por tal expressão nem o papel que caberia ao MS [Ministério da Saúde] nesse âmbito. As propostas de reorganização dos serviços de assistência médico-sanitária da III CNS

são genéricas e tendem a reordenar os serviços em função das críticas à centralização e ao esvaziamento do papel executor dos municípios, a dispersão, superposição e multiplicidade de órgãos, ao alto custo/benefício de organizações tipo SESP [Serviço Especial de Saúde Pública], à baixa cobertura, etc. (FLEURY et al., 1988, p. 21).

As propostas para a reorganização dos serviços de saúde buscam superar esses problemas a partir de uma reestruturação, tendo por base o município. A descentralização possibilitaria, nesta visão, uma nova divisão nos níveis político-administrativos entre o governo federal, os estados e municípios. A base do modelo seria o município, os demais níveis de governo apenas exerceriam um papel complementar a este. O modelo propunha, ainda, a criação de conselhos municipais de saúde, “com o objetivo de captar a força social de cada localidade” e também atuarem como colaboradores nos “objetivos médico-sanitários municipais” (FLEURY et al., 1988, p. 22).

Finalmente, outra pretensão do grupo do sanitarismo desenvolvimentista era a subordinação da assistência médica previdenciária ao Ministério da Saúde, objetivo concretizado somente com a criação do Sistema Único da Saúde (SUS), mas que será defendido dentro do Ministério, até mesmo pelos ministros da saúde do regime militar de 1964. Essa proposta foi defendida pelo ministro da Saúde Raymundo de Brito, por exemplo.

As propostas da Conferência foram incorporadas no Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social (1963-65), no Governo João Goulart. Neste plano, se defendia a mesma proposta de descentralização da saúde, principalmente para os municípios, apoiada na transferência de recursos e subsídios federais segundo critérios de complexidade e necessidade local. Além disso, o programa visava também a “suplementar as entidades assistenciais privadas desde que se subordinassem aos critérios gerais de coordenação” (FLEURY et al., 1988, p. 22).

O regime militar de 64 interrompeu a implantação dessas propostas, mas, ao mesmo tempo, criou espaços institucionais para que essas propostas fossem parcialmente implementadas em programas pilotos.

#### **2.4.2. Os defensores da estatização e suas propostas**

Não parece que o discurso do sanitarismo desenvolvimentista tenha priorizado a estatização dos serviços de saúde nas recomendações da III Conferência Nacional de Saúde. Essa agenda aparecia, entretanto, em muitas manifestações de integrantes dos burocratas ligados ao Ministério da Saúde. A defesa da universalização da cobertura também não era algo ausente das discussões entre alguns técnicos da burocracia da Previdência Social.

Donnangelo (1975) identifica nesse grupo de técnicos um dos principais defensores da “ideologia estatizante”. Entretanto, esta “ideologia” não aparecia como uma proposta acabada. Seus defensores eram médicos ligados à Previdência Social, mas não se poderia ligá-los diretamente a nenhuma das “agências que compõem o sistema de representação profissional” (DONNANGELO, 1975, p. 144).

Para Donnangelo (1975, p. 144), a “defesa da estatização” da saúde não se apresentava como “um projeto ideológico inteiramente acabado”, mas sim pela “negação de distintos elementos que caracterizam as modalidades de participação da iniciativa privada no mercado e as ideologias de privatização”. Para a autora, seria um “aparato conceitual menos doutrinário do que técnico”. Essas propostas defenderiam o envolvimento do Estado na produção dos serviços em saúde, o que para esses técnicos levaria a uma maior “racionalidade do processo de planejamento da assistência médica”<sup>73</sup>.

Finalmente, a “característica principal subjacente à peculiaridade com que se manifestava essa proposta” era que “um dos seus principais centros de elaboração e divulgação” se encontrava “no âmbito do próprio sistema estatal de controle da assistência” médica: Instituto Nacional de Previdência Social (DONNANGELO, 1975, p. 144).

Além disso, como veremos mais adiante, as correntes defensoras do modelo estatal de produção de serviços serão mais visíveis no momento em que propostas de privatização da assistência médica foram apresentadas como uma alternativa ao modelo oficial de assistência, centrado na Previdência Social. Como foi o caso das propostas apresentadas no Plano Leonel Miranda, em 1968, que atendia às demandas da corrente liberal do campo médico.

As propostas do grupo defensor de um modelo universal eram, entretanto, minoritárias. Segundo Donnangelo (1975, p. 147), era difícil, naquela época (início dos anos 70), precisar “a importância dessa ideologia como elemento de pressão sobre o Estado (ou no próprio âmbito do Estado)”, já que esse conjunto de idéias era “partilhada por uma minoria de profissionais”. Sobre essa última característica da corrente estatizante, Campos, embora não se referindo somente ao grupo específico da Previdência, e já no contexto da segunda metade da década de 70, afirma que esse grupo, constituído principalmente por médicos, não tinha “uma preocupação de granjear representatividade junto à maioria da categoria ou de desenvolver um projeto de defesa dos seus interesses imediatos”. Esses grupos, ligados à burocracia de Estado, formavam um grupo heterogêneo do ponto de vista ideológico: “Eram socialistas, comunistas que criticavam a prática médica principalmente da perspectiva das

---

<sup>73</sup> Muitas vezes, ao invés de “estatização” se utilizava o termo “nacionalização”.

classes populares, discutindo o direito à atenção médica, a fome, a socialização dos serviços de saúde, a nacionalização da indústria farmacêutica”. Entre seus integrantes mais destacados estavam os médicos “Samuel Pessoa, Mário Vítor de Assis Pacheco, Mário Magalhães da Silveira, Álvaro de Faria e Carlos Gentile de Mello, este já um elemento de transição” e elo do antigo grupo de “opositores à ideologia liberal na medicina com o movimento de renovação dos anos 70”. Era um grupo combativo, mas, “em virtude de sua postura e do grau de desenvolvimento dos antagonismos presentes na área de produção de serviços de saúde” não tinham nos médicos sua principal audiência, ou seja, nos médicos que atuavam no mercado de saúde (CAMPOS, 1986, p. 129).

Assim pode-se concluir que o grupo defensor da estatização, durante a década de 70, tanto no Ministério da Previdência quanto da Saúde, era minoritário no campo médico e com pouca influência nas políticas desenvolvidas pelos seus respectivos ministérios, apesar do poder político utilizar seletivamente suas propostas em algumas iniciativas oficiais. Tudo se passa como se, dentro dos limites estreitos impostos pelas coalizões políticas e econômicas, as propostas da burocracia se traduzissem em intervenções sociais tópicas, desligadas do quadro geral de proposições do grupo para o setor saúde. Mas são essas brechas institucionais que o grupo utiliza para divulgar suas críticas ao referencial dominante no setor saúde e também para construir uma contraproposta. Assim tinha sido com o sanitarismo desenvolvimentista nas décadas de 50 e 60. Esse fenômeno parece que se repetirá na segunda metade da década de 70.

#### **2.4.3. As condições institucionais de fortalecimento das propostas sanitaristas nos anos 70**

Como vimos, no início dos anos 70 já existia um grupo de burocratas ligados ao Ministério da Saúde ou à Previdência Social, com propostas de universalizar o atendimento à população e defendendo modelos alternativos para a reorganização dos serviços. A partir da segunda metade da década de 70 surgiram as condições institucionais que permitiram a ampliação das propostas deste grupo.

Em primeiro lugar, existe o movimento universitário, com propostas alternativas de organização do sistema de saúde. Com a reforma universitária e a departamentalização da estrutura universitária, surgiram os departamentos de medicina preventiva. Uma das diretivas dessa reforma determinou a obrigatoriedade do ensino da medicina preventiva nos cursos de Medicina (FLEURY et al., 1988).

Para Escorel (1993, p. 20), isso permitiu que a “construção da abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde” fosse “feita no interior dos departamentos de medicina preventiva, em um processo de críticas” a ela e à “sua base filosófica: as ciências sociais positivistas”. A crítica “à medicina preventiva foi feita no interior dos próprios departamentos constituídos para seu ensino” e “financiada pelos próprios organismos que as difundiam”, os departamentos de medicina preventiva, principalmente aqueles ligados às universidades públicas. Esses departamentos também se tornaram os principais centros de discussão e crítica aos programas oficiais de saúde do Ministério da Saúde e da Previdência Social.

Esse movimento de questionamento ao modelo dominante de medicina, que ocorria nos departamentos de medicina preventiva, acontecia também na Fundação Oswaldo Cruz:

O personagem mais importante do discurso contra-hegemônico do sanitarismo desenvolvimentista foi, por mais de vinte anos, o Dr. Mário Magalhães da Silveira. (...) Antes de assumir o papel de assessor do Ministério da Saúde, Mário Magalhães ministrou nos cursos da ENSP em 1959 a disciplina ‘fundamentos socioeconômicos’, reorientando os conteúdos dos cursos para um novo marco conceitual à luz do qual deviam entender-se os problemas de saúde. Essa disciplina seria aprofundada pelos Drs. Gentile de Mello e Carlyle Guerra de Macedo para nela introduzir o planejamento em saúde (ESCOREL, 1993, p. 49-50)

Tudo permite supor que essa nova concepção de saúde pública influenciou decisivamente as gerações que passaram pela Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP, instituição que integra o complexo da Fundação Oswaldo Cruz. Ao mesmo tempo, os agentes oriundos dessa instituição estiveram de alguma forma envolvidos em órgãos-chave na definição das políticas de saúde. Por exemplo, Carlyle Guerra de Macedo ocupou a direção geral da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) no período de 1982 a 1994; Sérgio Arouca esteve na presidência da Fundação durante as discussões em torno da criação do Sistema Único de Saúde, na Assembléia Nacional Constituinte.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) foram, portanto, estruturas de articulação do movimento que se contrapunha às políticas oficiais de saúde. Na OPAS, desde o início da década de 70, um grupo questionou as posições e programas até então apoiados pelo organismo (LIMA, 2002). Essas duas instituições, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Fundação Oswaldo Cruz, utilizaram as iniciativas do regime militar para divulgar uma agenda alternativa. Uma dessas iniciativas foi o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), que foi executado em conjunto pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Fundação Oswaldo Cruz.

Além do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), o regime militar, por meio do II PND, procurou priorizar as ações em saúde e previdência, que também foram utilizadas pelo grupo sanitarista para a divulgação de suas idéias. Assim, com a ampliação dos espaços institucionais, o regime “terminou por criar espaços institucionais para pessoas de pensamento contrário, senão antagônicos, ao dominante em seu interior” (ESCOREL, 1993, p. 42). Na mesma linha de argumentação, Paim aponta que:

A criação de espaços institucionais pelo governo para implementar as políticas sociais em um momento de rearticulação da sociedade civil e de crescimento das oposições ao regime, constituiu um contexto favorável ao movimento sanitário (PAIM, 1998, p. 11).

Além do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) também financiou alguns programas de saúde comunitária, que surgiram mais como uma forma de prestação de serviços do que como um campo sistematizado de conhecimentos. Esses programas, destinados à população carente, procuravam ser uma alternativa à organização dominante da assistência médica oficial. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) foi um dos principais divulgadores desses modelos alternativos de saúde, visto como mais viáveis em países como o Brasil. “Esta difusão foi feita através de material impresso, como boletins, publicações científicas, informações de seminários, patrocínio de desenvolvimento de projetos” (FLEURY et al., 1988, p. 62).

Foi a partir da crise financeira da Previdência Social que esse conjunto de propostas alternativas, até então restrito a poucas iniciativas, se traduziu em uma proposta de reforma setorial. Ou em uma outra interpretação:

A crise do modelo dominante de atenção à saúde e o avanço dos movimentos pela redemocratização oportunizavam a entrada em cena de novos atores e o reforço de um segmento burocrático não coincidente com a ideologia do Estado. A influência desses outros atores, de extração acadêmica, parlamentar, ou mesmo popular, tornava-se lentamente mais importante no nível da relação do Estado com a sociedade, mediada pela burocracia estatal (LUCCHESI, 1989, p. 171).

Essa “nova proposta”, na verdade uma reatualização das teses do sanitarismo desenvolvimentista, teve entre seus defensores as frações antigas da burocracia da saúde e seus novos aliados surgidos no processo de criação desses novos espaços institucionais.

O movimento de construção do novo referencial aconteceu a partir dos departamentos de saúde preventiva de algumas universidades, da Fundação Oswaldo Cruz - importante centro irradiador das políticas oficiais de saúde - e de uma série de iniciativas do governo militar. Os agentes da reforma: professores e intelectuais dos departamentos de saúde pública,

burocratas da Previdência Social e da Saúde e funcionários da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. A arena das disputas foi novamente o Estado. O objetivo da nova corrente: ocupar os “aparelhos de Estado” e tornar o “novo” referencial dominante nas políticas oficiais de saúde. Tratou-se de uma luta corporativa, isto é, que acontece principalmente nas estruturas criadas ou licenciadas pelo Estado. Se analisado nesse aspecto, as conjunturas das reformas de 1967 e 1988, afinal, não são tão diferentes assim, isto é, a disputa estava restrita a um pequeno grupo reformista que tinha sua base de sustentação no Estado.

O papel de mediação da burocracia não deve ser interpretado como apenas uma tradução das demandas dos chamados movimentos sociais, mas também como uma facção que acaba por influenciar a própria organização e idéias desses grupos. É claro que as discussões em torno da reformulação do modelo de assistência à saúde nunca estiveram restritas somente aos burocratas do Estado, ou seja, àqueles que tinham um vínculo formal com as políticas em questão. Entretanto, o “movimento social” pela saúde, as discussões em torno de um modelo alternativo, sempre estiveram “orientadas” pelos agentes que, de algum modo, estavam direta ou indiretamente ligados a organizações do Estado ou em associações que representavam os interesses de partes dessa burocracia

## **2.5. Burocracia, disputas de referenciais e inovação setorial**

A Lei Eloy Chaves, de 1923, inaugurou um modelo de política social que, com algumas modificações, se manteve durante o resto do século XX. No caso da saúde, apesar da reforma da previdência de 67, o modelo de assistência permanece segmentado, ou seja, oferecendo diferentes modalidades de assistência segundo a inserção de cada grupo na estrutura social e ao mundo do trabalho. Não se trata de negar que as inovações originadas da reforma tenham produzido uma ampliação da cobertura assistencial a um segmento mais amplo da população.

Tudo se passa como se, a partir do momento em que o Estado amplia a proteção a um segmento maior da população trabalhadora, os estratos mais bem situados no mercado abandonassem os antigos Institutos, agora incorporados pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em direção a modalidades de assistência alternativas. A criação dos planos de assistência das grandes empresas, públicas ou privadas, patrocinadas indiretamente pelo Estado, são um dos exemplos mais marcantes desse fenômeno. Esse afastamento das modalidades de proteção oficiais, entretanto, é acompanhado por uma utilização seletiva do setor público. O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi o

grande segurador dos planos privados e que cobriu também todos os procedimentos de alta complexidade.

Tal situação não é exclusiva apenas do caso da saúde, processo semelhante aconteceu com o ensino público. No período anterior à ampliação do ensino público, esse sistema era considerado de excelência, sendo utilizado pelos grupos melhor situados na estrutura social. Com a ampliação, as classes médias e altas migram sua prole para o ensino privado, mas continuam a utilizar o sistema de ensino universitário público, considerado de melhor qualidade que o ensino privado.

Assim, apesar da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) apontar para um modelo no qual a equalização e ampliação da assistência médica reduziriam as diferenças sociais, a dinâmica social que acompanhou as reformas produziu uma nova segmentação e reatualização das diferenças em novas bases.

Ao lado dessas transformações, existiu também uma disputa entre dois modelos de atenção à saúde: o modelo centrado na instituição médica e o modelo de saúde pública. A reforma de 1967 ampliou o primeiro modelo, já que era essa a modalidade de atendimento nos antigos Institutos de previdência.

Uma das correntes reformistas e críticas do modelo adotado pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) encontrava-se no Ministério da Saúde. Essa corrente, composta por uma parte da burocracia daquele órgão, defendia a incorporação da Previdência Social pelo Ministério da Saúde e fazia uma crítica radical ao modelo de assistência adotado por aquele órgão nos anos 70, considerado como ineficaz e inviável financeiramente. No lugar do chamado modelo medicalizante, propunham um modelo centrado na prevenção, que supostamente resolveria até 90% dos problemas de saúde da população.

Em outra frente havia uma facção da burocracia, dentro da Previdência, também reformista, mas que defendia uma reorganização e não extinção do órgão. Essas mudanças, segundo seus defensores, possibilitaria uma correção nas distorções do sistema e uma ampliação do número de beneficiários dos serviços de saúde patrocinados pela Previdência.

A crise da Previdência, no início dos anos 80, permitiu que essas duas correntes tivessem uma maior influência nas políticas oficiais de saúde.

Estas duas propostas se confrontaram nos anos 80 e desse confronto nasceu o capítulo da saúde na Constituição de 1988.

### **3. A “Reforma Sanitária”: uma reforma em nome de uma “classe ausente”**

Parece claro, a partir do exposto nos capítulos 1 e 2, que a burocracia, longe do papel adstrito pelo (neo) institucionalismo, possui um papel político bem mais amplo.

Uma análise das tentativas de inovação setorial, na primeira metade da década de 80, evidencia que os pontos principais da legislação constitucional de 1988 já haviam sido incorporados nas estruturas de assistência médica da Previdência Social. A universalização e descentralização dos serviços de saúde, por exemplo, já faziam parte das políticas oficiais da Previdência Social no período anterior ao texto constitucional.

Dentro de uma mesma estrutura jurídica constitucional, uma série de atos administrativos irá produzir vários rearranjos e inovações nas políticas de saúde.

Ao ignorar as possibilidades à disposição do poder executivo para criar políticas públicas, sem passar pelo Parlamento, o (neo) institucionalismo deixa de fora uma substancial parte do processo que conduz as inovações do setor.

Ao mesmo tempo, ao se concentrar nas estruturas, o (neo) institucionalismo não consegue fornecer uma análise das transformações que ocorrem nessas estruturas ao longo do tempo, ou seja, tudo que colabora para a manutenção ou a alteração de arranjos estruturais chamados de “Estado” ou “sistema político”.

O mesmo problema se dá com as análises que se utilizam de categorias como “Estado”, “autoritarismo” ou outros conceitos macros para explicar os impasses das políticas do setor. Os estudos sobre a Reforma Sanitária fornecem um campo interessante para se observar esse fenômeno.

O material produzido sobre a Reforma Sanitária representa um desafio de pesquisa, tal a quantidade de documentos feitos sobre o assunto. Grande parte dos analistas concorda que grupos ligados à burocracia estatal tiveram uma participação importante no processo de Reforma Sanitária (CAMPOS, 1992; SCOREL, 1998; FLEURY, 1989; FLEURY; MENDONÇA, 1989; GALLO; NASCIMENTO, 1989; LUCCHESI, 1989).

Se existe um acordo sobre este papel da burocracia no processo, não existe consenso sobre as conseqüências desta participação no resultado das reformas e muito menos do papel desempenhado pelas “classes populares” no processo de reforma.

Alguns, inclusive, irão até associar esta predominância dos agentes da burocracia a um dos determinantes na menor abrangência no modelo de saúde (FLEURY, 1989; FLEURY;

MENDONÇA, 1989). Para Fleury, por exemplo, o padrão de política social no contexto de industrialização retardatária, caso do Brasil, é distinto daquele que se originou nas democracias liberais. No caso brasileiro, o Estado seria “o mentor do projeto e não os trabalhadores”. Assim, os sistemas de proteção social não se orientariam por princípios de universalização e garantia de um mínimo vital, mas pelo princípio da “diferenciação dos trabalhadores em categorias diferenciadas” (FLEURY, 1989, p. 28).

De fato, existe uma predominância do Estado, ou melhor, de parte da burocracia do Estado na proposição e implementação das propostas reformistas. Porém, dificilmente poderia se afirmar que a manutenção do sistema diferenciado de proteção à saúde seja resultado dessas iniciativas. Parece exatamente o contrário. Será a existência dessa burocracia - em alguma medida desligada dos interesses sociais mais imediatos, sejam eles de trabalhadores ou capitalistas - que permitirá o surgimento de modelos de seguridade social mais abrangentes.

Essa burocracia, representada por uma fração dominada do campo médico, terá nos espaços institucionais abertos pelo regime na década de 60, ou das “janelas de oportunidade” abertas pelo período da redemocratização, uma influência considerável na formatação das políticas do setor.

### **3.1. As reformas de dentro da Previdência: PREV-SAÚDE, CONASP, AIS e SUDS**

No início da década de 80, o sistema de assistência médica da Previdência Social estava numa crise ideológica e financeira. A crise ideológica “se caracteriza pela necessidade de reestruturação e ampliação dos serviços de saúde”. A crise financeira pelo déficit crescente, resultante de um “sistema em franca expansão”, mas cuja “base de financiamento continuava sem qualquer alteração”. Assim, existia “um desacordo entre a crescente absorção de faixas cada vez mais extensas da população cobertas pela proteção social e a manutenção de um regime financeiro calcado na relação contratual” (CUNHA; CUNHA, 1998).

Uma das primeiras tentativas de reorientação do sistema de atenção médica foi o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), apresentado e debatido na VII Conferência Nacional de Saúde, em 1980. O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) representa uma tentativa de reforma do sistema de assistência à

saúde, promovida por parte da burocracia da saúde aliada à Organização Pan- Americana de Saúde (OPAS)<sup>74</sup>.

O programa tinha “como estratégia de ampliação do acesso aos cuidados básicos de saúde”, ao mesmo tempo em que apontava para uma reorientação do modelo assistencial em direção à “constituição de uma Rede Nacional de Serviços Básicos de Saúde, que deveria funcionar como porta de entrada do Sistema de Saúde, resolvendo a maioria dos problemas e promovendo a triagem do acesso aos serviços mais complexos” (VASCONCELOS, 1997, p.48).

Segundo Campos, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), “elaborado por funcionários do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde, representou uma primeira cristalização destes projetos reformistas em que o Estado, antecipando-se à sociedade civil, tomava a iniciativa da discussão de políticas de saúde”. Era uma tentativa de modernização racionalizadora da estrutura de serviços por meio de mecanismos de regionalização e hierarquização segundo complexidade do atendimento e integração, ao mesmo tempo em que propunha uma expansão da rede básica pública por meio do financiamento pela Previdência dos serviços estaduais e municipais de saúde (CAMPOS, 1986, p. 46).

As propostas do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), inspiradas nas recomendações da Conferência de Alma-ata, eram “tão ambiciosas em suas metas que a oposição, criada pelas entidades privadas, bem como por parte de instituições públicas, principalmente ligadas à Previdência Social, levaram a modificações substanciais da proposta inicial”. Por fim, o plano se enfraqueceu e restringiu suas propostas ao “setor público prestador de serviços de saúde”, deixando de lado o setor privado e “definindo como áreas de abrangência as localidades de maior carência e grupos sociais mais desprotegidos” (TANAKA; ROSENBERG, 1990).

As propostas do plano também foram rejeitadas pela corrente municipalista, que naquele período já estava em processo de reorganização. O movimento dos secretários municipais de saúde, reunidos no I Congresso Nacional da Entidade, em 1981, se posicionou contra o Plano, entre outras coisas porque seria “um programa vertical, de cima para baixo”, que não teria contado com “a participação comunitária”, condição que seria “imprescindível para a conquista da saúde da população”. A proposta dos municipalistas era a organização dos serviços em função dos municípios: “Deve caber ao município o atendimento básico da

---

<sup>74</sup> o PREV-SAÚDE foi dirigido por Carlyle de Guerra Macedo, na época Coordenador da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) no Brasil.

população, sendo que o poder de decisão deve permanecer” no nível local, com a participação da comunidade. (BRASIL. Conselho Nacional Dos Secretários Municipais De Saúde, 1981). Como já se mostrou anteriormente, esta proposta de reorganização dos serviços já tinha sido recomendada na III Conferência Nacional de Saúde, em 1963, por burocratas do Ministério da Saúde.

Assim, por todos esses motivos o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) não chegou a ser implementado. Foi uma das primeiras tentativas de inovação setorial proposta pela burocracia de Estado, ligada neste caso ao Ministério da Saúde. A segunda tentativa de inovação setorial foi o Plano CONASP. Esse plano adotou o nome do órgão que o produziu: o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária – CONASP, criado em 1981, no âmbito do Ministério da Previdência Social. Esse órgão era composto por “por representantes de diferentes ministérios, por representantes da sociedade civil e de parte dos prestadores de serviços de saúde contratados/conveniados”. As propostas do grupo foram apresentadas no documento “Reorganização da Assistência Médica no Âmbito da Previdência Social”, em 1982 (CUNHA; CUNHA, 1998).

Além das propostas já explicitadas no Prev-Saúde de expansão da rede básica pública como uma forma de racionalizar a utilização dos leitos hospitalares, de detenção do número de consultas médicas produzidas no setor de Pronto Atendimento dos hospitais privados e de permitir uma extensão da cobertura populacional a baixo custo, o Plano do Conasp tentava alterar a relação do INAMPS com os hospitais contratados. O plano previa a substituição do sistema de pagamento a médicos e hospitais por meio da Unidade de Serviço, segundo a produção de atividades ou atos médicos, por outro sistema denominado Autorização de Internação Hospitalar (AIH), em que o pagamento se daria por patologia tratada ou por procedimento realizado. Por meio do cálculo de médias o INAMPS elaborou uma extensa lista, onde cada procedimento recebia seu valor em US (1986, p. 47).

Com um programa de reformas ainda mais abrangente que o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) e, portanto, enfrentando todas as forças contrárias àquele Plano, parecem evidentes as razões que fizeram com que a maioria de suas propostas não fosse implementada. Entretanto, apesar do PREV-SAÚDE nunca ter sido implementado e do Plano CONASP ter apenas algumas de suas recomendações acatadas, eles criaram espaços de articulação e visibilidade para um grupo da burocracia não coincidente com as políticas oficiais da Previdência.

Uma das iniciativas do Plano CONASP, as Ações Integradas de Saúde (AIS), será utilizada pelas correntes reformistas. As Ações Integradas “podem ser divididas em dois momentos: um anterior e outro posterior à Nova República”. Entre esses dois períodos, o valor destinado a essas ações passa de 4%, em 1984, para 12%, em 1986. Esse programa era

totalmente financiado por recursos do orçamento do INAMPS (CUNHA; CUNHA, 1998). Esse Programa tinha uma proposta descentralizante, já que permitia que se repassassem “às Secretárias Estaduais e Municipais recursos do INAMPS a serem aplicados no desenvolvimento de uma rede básica, dentro da perspectiva de realizar assistência médica individual e ações preventivas” (CAMPOS, 1986, p. 278).

O modelo de organização de serviços proposto pelas Ações Integradas de Saúde (AIS) tinha por base as secretarias estaduais de saúde e foi adotado pelos grupos reformistas como estratégia de reorganização dos serviços. Essa reorientação do modelo assistencial, conduzida pelo grupo reformista, passou a ser denominada de “Reforma Sanitária”:

A Nova República começa a se ensaiar, ela começa, nós começamos a ver a abertura, começa a construção da Aliança Democrática, começa a campanha das Diretas e um grupo que gravitava em torno da ABRASCO começa a desenvolver as Ações Integradas como estratégia fundamental para uma política de governo futuro, um governo democrático.(...) É nesta época que vai vir de nós a expressão ‘Reforma Sanitária’ que causa muita resistência, em razão das forças da época não verem muito bem, quer dizer, a coisa era o sistema único, mas nós conseguimos ganhar esta batalha boba, mas enfim...ficou a Reforma Sanitária (NORONHA, 1992).

As inovações introduzidas pelo PREV-SAÚDE, pelo Plano CONASP e pelas Ações Integradas de Saúde - AIS, não tiveram somente a oposição de forças externas ao INAMPS, pois, dentro do Instituto, as posições também se dividiam nos caminhos a serem seguidos para enfrentar a crise. Segundo Eleutério Rodriguez Neto, coordenador do programa de Ações Integradas de Saúde - AIS, no período anterior à Nova República, essa política era vista como “um câncer dentro da Instituição”. Isso teria gerado “uma reação muito clara dentro do INAMPS”, já que, na época, esse projeto se contrapunha a outro “que era a política da chamada racionalização do material que era contra a contratação de médico, contra... etc” (RODRIGUEZ NETO, 1992).

A partir de 1985, com a eleição de Tancredo Neves, uma nova coalização política chegou ao poder. Nesse contexto, na primeira fase da transição, as Ações Integradas de Saúde (AIS) se transformam na estratégia do governo para reformar o sistema por meio da descentralização dos serviços (Levcovitz apud COSTA, 1996).

A adoção desse novo referencial, em um primeiro período do Governo Sarney, é acompanhada pela participação dos integrantes do movimento reformista na composição do novo governo:

Nesse processo ocorreu uma autêntica luta pelo poder burocrático das instituições de saúde. Algumas das principais lideranças do Movimento Sanitário assumiram os principais postos nas agências mais importantes do setor. Embora o fato de que no topo da pirâmide hierárquica esse poder seja notadamente político, antes que

administrativo, a base técnica (a força da proposta técnica) representou um fator bastante importante na ocupação destes postos de direção da área da saúde. Numerosos cargos menores foram também ocupados por pessoas ligadas ou simpáticas ao Movimento Sanitário, seja no nível federal, seja nos Estados e municípios (LUCCHESI, 1989, p. 172).

A “força da proposta técnica”, aliada á proximidade das instituições de saúde e do poder político, levaram os integrantes do movimento reformista à direção das principais instituições de saúde do período: Hésio Cordeiro, na presidência do INAMPS, Eleutério Rodriguez Neto na Secretaria Geral do Ministério da Saúde e Sérgio Arouca na presidência da Fundação Oswaldo Cruz.

As articulações que levaram esse grupo à direção dessas instituições envolviam uma ação direta dos integrantes do movimento reformista sobre aqueles políticos que pudessem levar essas “propostas técnicas” à nova coalização de forças que assumiria o poder. Neste processo, as relações pessoais também desempenharam um papel importante, como se percebe pelo relato de Eleutério Rodriguez Neto (1992) sobre as “circunstâncias” que levaram a sua indicação para a Secretaria Geral do Ministério da Saúde. Ele teria saído do INAMPS “por uma série de circunstâncias” e se aproximado de Carlos Santana, que “simplesmente era marido de uma amiga” dele. Carlos Santana “era pessoalmente ligado ao Tancredo” e “apesar dele ser médico, a experiência dele institucional, de política etc e tal era na área de educação, e ele estava pretendendo pleitear o Ministério da Educação perante o Tancredo”. Mesmo assim, Rodriguez Neto teria resolvido “fazer um empenho perante ele, não achando que ele podia ser ministro no primeiro momento, mas achando que” ele poderia viabilizar “o nosso acesso ao Tancredo”. Esta aproximação de Carlos Santana serviria para “convencê-lo que nós tínhamos uma proposta para o setor saúde”. Durante o processo:

O então deputado Carlos Santana, ele se entusiasmou pela proposta e achou que aquilo era um cavalo melhor do que a educação, porque a educação não tinha uma proposta elaborada no nível que a saúde tinha naquela ocasião. Ele então, em vez de investir na educação, ele passou a investir na saúde. Pegou aquela proposta, como o cavalo de batalha dele e com aquela proposta ele virou ministro. Então (...) e eu estou lhe dizendo é que não foi só a questão de alguns quadros da esquerda, do movimento sanitário. Comprova o caso específico, o próprio ministro virou ministro por causa da proposta que estava pronta e não elaborada por ele (RODRIGUEZ NETO, 1992).

Este novo papel desempenhado pelos integrantes do movimento de reforma, as circunstâncias políticas daquela conjuntura política e as disputas entre os integrantes deste grupo determinaram ainda uma última inovação institucional, antes da Constituição de 1988 e da criação do Sistema Único de Saúde – SUS, em 1987, foi instituído, pelo INAMPS, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). O Sistema Unificado e

Descentralizado de Saúde (SUDS), deslocava o poder decisório e financeiro para as secretarias estaduais de saúde, que seriam as condutoras da política de saúde na regionalização e no estabelecimento de relações com os prestadores privados.

De certa forma, o Sistema Único de Saúde (SUS) guarda muitas semelhanças com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). A grande diferença é o papel dos municípios que, com a criação do SUS, passaram à condição de principais protagonistas das políticas de saúde.

Outra inovação, produzida no período anterior ao Sistema Único de Saúde (SUS), foi a eliminação do conceito de “indigente”. A portaria que eliminou as restrições legais ao atendimento nos serviços de saúde do INAMPS foi editada no período em que Hésio Cordeiro era presidente do INAMPS, durante as discussões entre os integrantes do movimento em torno da transferência ou não do INAMPS para a estrutura do Ministério da Saúde. Esta transferência não era aceita pelo Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS, entre outras razões porque enfraquecia a posição do ministro deste órgão, Waldir Pires, e nem pelos sindicatos dos trabalhadores urbanos ou rurais. Os trabalhadores rurais defendiam a equiparação com os trabalhadores urbanos e eram “contrários a qualquer desestruturação da Previdência antes que essas medidas fossem colocadas em prática” (CORDEIRO, 1992). Ao mesmo tempo, os trabalhadores urbanos ofereciam forte resistência a essa equiparação com o trabalhador rural e ambos eram contra a inclusão dos chamados indigentes ao sistema:

Quer dizer, é uma complicação que a gente tem que defender, por exemplo, a idéia do Sistema Único e as próprias Ações Integradas de Saúde ainda, ou seja a destinação de recursos para a população (...) rural ou para a população não trabalhadora - os indigentes. Foi dessa época que houve uma portaria acabando com a figura do indigente, quer dizer, todo paciente, independente de ter ou não ter vínculo... a pessoa tem direito e passou a ser coberto pela Previdência em termos de assistência médica. Isso teve uma resistência muito grande dos trabalhadores urbanos... é... que eram contra a extensão aos rurais, só se os rurais pagassem por isso. E enfrentava a resistência dos rurais e dos urbanos em relação aos indigentes. É uma visão, digamos de seguro, e não de seguridade social (CORDEIRO, 1992).

Pode-se dizer que as inovações do período foram, basicamente, produzidas e implementadas principalmente pelas frações da burocracia do Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social. A maioria dos debates aconteceu dentro de instituições públicas ou associações que representavam os interesses de técnicos ou professores empregados em instituições públicas, como o Ministério da Saúde, o Ministério

da Previdência, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO)<sup>75</sup>, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)<sup>76</sup>, a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS e a Fundação Oswaldo Cruz. As propostas produzidas por esses grupos buscavam implementar no país um modelo alternativo de saúde, baseado na atenção primária, na descentralização, na universalidade do atendimento e na participação popular.

Em muitos casos, as propostas desse grupo entravam em choque com os interesses organizados no setor saúde (grande capital em saúde, médicos, etc.) e também dos próprios trabalhadores dos setores urbano e rural (caso da ampliação da assistência médica do INAMPS a todos, independente de vínculo formal com essa Instituição), já que as propostas do grupo acabavam se configurando em um grupo de interesses distinto, que não se ligava diretamente a nenhum desses grupos.

O movimento sindical específico dos trabalhadores da saúde, que vai da atendente até o médico-dentista, ele termina se destacando nesse setor sindical com alguma atuação mais articulada, mas padecendo do viés do corporativismo que é inevitável na atividade sindical. Existe uma outra força importante que são os setores técnicos envolvidos com a saúde pública em todo e mesmo não sendo... e sendo do ponto de vista amplo de esquerda ou de centro-esquerda e mesmo de centro tem interesse em desenvolver um sistema de saúde pública de boa qualidade em todo país (JORGE, 1992).

Isso não significa dizer que esse grupo possa ser caracterizado como portador dos interesses gerais da sociedade. Nem que tais agentes não possuam interesses ligados à posição do grupo na estrutura social. Não existe um homem não-sociológico: qualquer vontade, por mais altruísta que seja, está ligada a valores políticos, religiosos, morais ou psicanalíticos. No caso específico desse grupo, a ampliação do setor estatal de saúde e, por consequência, do poder e influência dessa burocracia estatal, parece ser a explicação mais razoável para as suas ações.

Embora reunidos em torno de uma proposta de reforma do sistema de saúde, esses agentes não formavam um grupo homogêneo. Consensual entre as duas burocracias era apenas a crítica ao modelo de saúde até então dominante, visto como centralizador, autoritário, medicalizante, ineficiente e patrocinador dos interesses privados e clientelistas.

---

<sup>75</sup> Fundada em setembro de 1979, a ABRASCO reúne atualmente 34 membros institucionais (escolas, institutos e departamentos de Saúde Pública/Coletiva e Medicina Preventiva e Social) e mais de 3.500 sócios individuais (trabalhadores, professores e/ou pesquisadores em saúde).

<sup>76</sup> O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde foi criado em 1976, durante reunião da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) em Brasília, tendo como patrono Samuel Pessoa. O Centro mantinha uma vinculação muito forte com as universidades, principalmente os Departamentos de Medicina Preventiva. Estes Departamentos estimulavam seus docentes a prestigiar os núcleos do CEBES, existentes em várias regiões, e criar laços entre a universidade e a “sociedade civil” (FONSECA, 2000).

As diferenças entre seus integrantes apareceram durante o processo de implementação do projeto alternativo. Foi neste processo de disputa entre os agentes do movimento que se realizou a VIII Conferência Nacional de Saúde.

### **3.2. Os dilemas da Reforma Sanitária: “reforma por cima” ou “por baixo”; ser ou não ser governo**

Um dos impasses que dividiu o grupo foi o projeto de transferir o INAMPS para o Ministério da Saúde. Essa era uma antiga reivindicação do grupo ligado ao sanitarismo desenvolvimentista e uma das recomendações da III Conferência Nacional de Saúde. Assim, na transição do governo militar, o “CEBES começa então a bater nesta idéia da unificação, da transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde”. Essa iniciativa era um consenso no grupo reformista até o início do governo Sarney (NORONHA, 1992). A proposta de transferência colocava em disputa duas estratégias para os rumos da reforma no setor saúde:

A primeira alternativa tinha como princípio norteador a questão da unificação do setor saúde no âmbito federal em um único organismo que condensasse tanto as funções de assistência médica individual quanto as ações de saúde coletiva, encerrando a eterna dicotomia existente entre esses dois setores. (...) Representava, ainda, uma antiga aspiração do movimento sanitarista, tendo no Ministério da Saúde e na Fiocruz os principais *locii* institucionais de propagação dessa estratégia. Era representada pelo PCB, nas figuras de Eleutério Rodrigues Neto, então secretário-geral daquele Ministério, e de Sérgio Arouca, na época presidente da Fiocruz. (...) A segunda estratégia preconizava a modernização da máquina previdenciária com o objetivo de proporcionar maior eficiência e agilidade ao INAMPS, (...) o novo INAMPS, mais eficiente (...) continuaria a ser o *locus* institucional decisório das políticas de saúde. Tal estratégia tinha como defensores setores do PMDB que ocupavam espaços decisórios no Ministério da Previdência e Assistência Social (...), e em especial no INAMPS, por intermédio de Hésio Cordeiro, seu presidente (PEREIRA, 1994).

Se de fato a questão envolvia uma disputa de poder institucional, os quesitos de política partidária não deixavam de ter sua importância. A partir do momento em que os integrantes desse grupo de técnicos chegaram a “posições mais políticas”, a agenda partidária precisou ser levada em conta. A disputa entre os Ministérios da Saúde e da Previdência era também uma disputa entre os dois ministros à frente daqueles órgãos: Waldir Pires, da Previdência, e Carlos Santana, da Saúde. Na percepção de Hésio Cordeiro, que naquela época era presidente do INAMPS, Waldir Pires, por ser ligado a um setor mais progressista do PMDB, era um político mais “confiável” do que Carlos Santana que “tinha uma trajetória mais conservadora, representando as posições de centro dentro do governo Sarney, mais próxima da dissidência do regime militar” (CORDEIRO, 1992;PEREIRA, 1994).

Ao mesmo tempo em que o Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS e o setor de assistência médica daquele órgão, o INAMPS, eram ocupados por figuras ligadas

de alguma maneira às idéias do grupo sanitaria - mas representava um modelo institucional e de assistência à saúde visto como inadequado e ineficiente para a maioria desse grupo - o Ministério da Saúde tinha um ministro que era identificado como conservador, mas um segundo escalão totalmente ocupado por membros da mesma corrente reformista.

A transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde era um consenso entre os integrantes do movimento. Porém, aqueles membros do grupo que ocuparam a direção do INAMPS passaram a ser contrários a esta proposição. Segundo Hésio Cordeiro (1992), então presidente do INAMPS, essa transferência era, até a ocupação do INAMPS, um consenso. “Todo mundo do movimento sanitário havia proposto” durante a transição “nos documentos de governo do Tancredo, elaborado em 84”.

Entretanto, com sua ascensão à direção do INAMPS, teria modificado a percepção dos problemas, segundo o depoente: “a gente passou a constatar, digamos, à esquerda dentro da Previdência e do INAMPS em particular, passou a constatar que era muito mais complicada a máquina do INAMPS do que a gente supunha vendo-a de fora, ou escrevendo documentos”. Assim, “a simples transferência do INAMPS (...) para dentro do Ministério da Saúde manteria intocáveis as mesmas articulações de poder, as mesmas formas de atuação centralizada do INAMPS” (CORDEIRO, 1992).

Isso teria levado os “grupos técnicos” dentro do INAMPS e “inclusive entre as pessoas ligadas ao PCB” a defenderem a proposta de que “se avançaria mais na reforma sanitária” não pela “transferência do INAMPS, mas da descentralização”. Essa também era a opinião de José Noronha (NORONHA, 1992), chefe de gabinete de Hésio Cordeiro. Para ele, o Ministério da Saúde era “um órgão mais autonomizado” e a postura de outra corrente do movimento, naquele Ministério, era “uma postura idealista”, já que a transferência do INAMPS não alteraria nada da estrutura da pasta, considerada como autárquica:

Se havia um órgão mais autonomizado e separado de qualquer coisa é o Ministério da Saúde, pioneiros sociais, SUCAM, da época dele (o Eleutério), então, discurso idealista, se eu tirasse o INAMPS, é uma postura idealista, se eu tirasse o INAMPS do Ministério da Previdência e pendurasse no Ministério da Saúde o que alteraria? Nada, continuaria o INAMPS, operação SUCAM, entendeu? Como tem os Pioneiros Sociais, que sobrevivem até hoje como o INAMPS... (NORONHA, 1992).

A defesa da permanência do INAMPS no Ministério da Previdência e Assistência Social e de que a assistência médica poderia ser melhorada e aprimorada a partir de uma melhor administração e descentralização dos serviços, foi uma posição defendida por Hésio Cordeiro e os reformistas no INAMPS (PEREIRA, 1996). Durante a discussão, esse grupo passou a argumentar que a transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde seria uma

proposta de “unificação por cima” e que a unificação tinha que ser “feita por baixo”. Deste modo, “lançavam a idéia de fazer distrito sanitário”, o que teria levado “a proposta em 87 do SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde” (RODRIGUEZ NETO, 1992).

Essa divergência levou à realização da VIII Conferência Nacional de Saúde. A realização dessa Conferência já estava prevista nos documentos produzidos durante a transição do regime militar. Mas “isso não estava sendo cogitado até o momento em que houve a crise entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência” (RODRIGUEZ NETO, 1992). Na mesma linha argumenta Noronha (1992), para o qual a “ação intraburocrática foi absolutamente indispensável para que se gerasse a VIII Conferência Nacional de Saúde”. Para ele, “se não fosse Eleutério, Carlos Santana, a disputa com o INAMPS, o Sarney não convocaria” essa Conferência.

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde representou, para o grupo ligado ao Ministério da Saúde, a consagração de suas propostas. Era uma resposta dos representantes dessa corrente, aglutinada no Ministério da Saúde, à corrente reformista na Previdência Social de que suas propostas seriam “tecnocráticas” e de que não teriam “legitimidade social”. Outro fator que teria colaborado para dar visibilidade à VIII Conferência teria sido a conjuntura econômica, marcada pelo Plano Cruzado, o que teria criado “uma certa euforia”, ao mesmo tempo em que o “próprio governo” teria investido na Conferência “no sentido de criar legitimidade social para si” (RODRIGUEZ NETO, 1992).

No mesmo período em que aconteceu a VIII Conferência já estava em curso um rearranjo na coalizão de forças que trouxe os representantes do movimento ao governo: o Ministro da Previdência, Waldir Pires, saiu para concorrer ao governo na Bahia e o Ministério da Saúde passou a ser ocupado por Roberto Figueira Santos. Esses novos ministros já não teriam “o mesmo tipo de compromisso com as propostas que tinham o Santana e o próprio Waldir Pires” (RODRIGUEZ NETO, 1992).

Nos dois anos seguintes à realização da VIII Conferência, os demais integrantes do movimento sanitário acabaram por deixar os cargos ocupados no primeiro período do Governo Sarney. Entretanto, isso não significou que esse movimento não continuasse influente no círculo burocrático, embora não mais ocupando cargos nos primeiros escalões do governo.

A saída dos integrantes do movimento do Governo Sarney se deveu, entre outras coisas, às alianças políticas que esse governo teve que fazer em um segundo momento, pós Plano Cruzado. Essa mudança na correlação de forças tornou a permanência do grupo politicamente difícil. O relato de José Noronha é significativo destas mudanças. Ele teria

encontrado o ministro Antônio Carlos Magalhães em uma solenidade no Palácio do Planalto. Na ocasião, Waldir Pires já tinha saído do Ministério da Previdência para concorrer ao governo da Bahia. “O Ministro Antônio Carlos Magalhães me disse: *Noronha, você está ajudando o Waldir na Bahia, isto não vai ficar assim*” (NORONHA, 1992). Assim, as alianças políticas e a agenda do grupo começaram a “colidir” com a agenda política.

Mesmo assim, os limites às ações do grupo dentro do governo nunca deixaram de existir. Esses limites envolviam não somente a questão de recursos para a consecução dos objetivos do grupo, já que se defendia uma ampliação da cobertura assistencial, mas também as disputas “mais políticas”, os interesses de outras facções da burocracia, dos “protegidos” na estrutura administrativa, etc. Enfim, aquela mistura de clientelismo e burocracia descrita por Nunes (1997) como característica das instituições públicas no Brasil.

No caso do Ministério da Saúde, que tinha a maioria dos seus quadros composta por integrantes do movimento sanitário, esses limites apareceram desde o início. Segundo Rodriguez Neto (1992), secretário-geral daquele órgão no período, existia uma “expectativa de exercer uma coordenação interna do Ministério da Saúde”, já que isto teria sido “discutido” com o ministro para que ele “assumisse uma posição de representação política” e “a Secretaria Geral assumisse a coordenação interna do Ministério, do funcionamento”. Porém, assim que “o ministro assumiu”, ele teria se “dado conta de que era importante para ele o poderzinho”, essa prerrogativa “de nomear o chefe da portaria, o chefe da garagem e coisa desse tipo”. Assim:

Ele delimitou qual era o espaço da Secretaria Geral: ‘nesse espaço você indica, fora desse espaço eu indico’. Quer dizer, e teve... e aconteceu que nem foi bem assim, eu tive às vezes que engolir pessoas dentro da Secretaria Geral como se fosse indicação minha apenas para não demonstrar uma vulnerabilidade tão grande. (...) Eles, o ministro e toda sua... entourage é que tinham... tinham uma prática (..) de distribuição de cargos para amigos e parentes e afilhados etc e tal, no sentido de troca de favores daqui e dali. Aliás, essa era uma prática do... foi uma prática do governo Sarney, e esse foi especialmente nesse primeiro momento... Essa história de atender a todos os aliados e tudo, eu acho que deu uma fragilidade imensa às equipes em todos os setores (RODRIGUEZ NETO, 1992).

Ao mesmo tempo em que existiam todas essas dificuldades oriundas das características desse singular modelo de organização burocrática, ocorriam também os problemas resultantes do fato de que, em muitas ocasiões, cargos-chave no INAMPS tinham sido preenchidos por empresários do setor privado. Os interesses desse grupo, de uma forma ou de outra, tinham se acomodado dentro da estrutura dessas instituições, muitas vezes com a colaboração dos servidores dos órgãos (LUCCHESI, 1989).

Resumindo, a disputa entre o grupo reformista leva à realização da VIII Conferência Nacional de Saúde. A VIII Conferência, como veremos, será vista posteriormente como a legitimação popular das propostas reformistas. Segundo Gerschman (1995, p. 42), a partir VIII Conferência foi criada a “Comissão Nacional da Reforma Sanitária - CNRS” e “a luta passa a acontecer no interior dos organismos estatais e no terreno das diversas facções da tecno-burocracia”. A descrição da autora reflete de fato uma realidade, apenas o uso da expressão “passa a acontecer” talvez não seja adequada. Na verdade, a luta volta a acontecer no terreno das diversas facções da burocracia, sendo que a VIII Conferência parece ser o momento em que, de alguma forma, existe uma tentativa de ampliação das propostas da burocracia em direção aos demais grupos sociais.

Além dessa disputa entre as duas correntes do movimento que investiram na estratégia de ocupação dos “aparelhos do Estado”, aconteceu uma outra divisão entre estes e aqueles que criticavam esta posição como sendo cooptação e defendiam o fortalecimento dos “movimentos populares” (GERSCHMAN, 1995).

### **3.2.1. Duas burocracias e duas visões de saúde**

As propostas do grupo reformista inicialmente estavam restritas a “pequenos grupos burocráticos, marginais dentro das instituições de saúde como no Inamps,” o Ministério da Saúde e as secretarias “estaduais e municipais de saúde” (LUCCHESI, 1989, p. 171). De início, essas propostas existiam mais como uma crítica ao modelo dominante de saúde, representado pelo INAMPS: a baixa resolutividade, os custos crescentes, a centralização, o clientelismo, o enfoque na medicina curativa (com conseqüente desinteresse nas medidas de saúde) pública, a preferência pelo aumento da cobertura por meio do setor privado, etc.

No início da década de 80, diante da crise no INAMPS, as propostas do grupo foram incorporadas às estratégias de reformulação do modelo assistencial. Esses planos alternativos se tornaram as políticas oficiais da primeira fase do Governo Sarney. Com a ampliação e incorporação das propostas do grupo pelo novo governo começam a surgir as primeiras divisões dentro do movimento: uma parte “opta” por uma estratégia de se incorporar ao novo governo, outra prefere ficar de fora desta posição. O grupo que passa a ser governo se divide na proposta de se transferir ou não o INAMPS para a órbita do Ministério da Saúde.

O dilema enfrentado pelo movimento sobre os rumos a serem seguidos para a consecução dos objetivos dos reformistas mais consensuais entre o grupo - a descentralização dos serviços e universalização do atendimento - envolvia, além das disputas entre duas

diferentes estratégias de implementação das reformas propostas pela tradição institucional de cada órgão, uma disputa entre as secretarias estaduais e municipais de saúde.

Na questão mais institucional, não existia consenso sobre quais os instrumentos deveriam ser utilizados para auferir a aplicação dos recursos destinados às demais esferas de Governo. A posição no INAMPS era de um modelo baseado nos mecanismos já existentes no órgão, ao mesmo tempo em que o interlocutor principal deveriam ser os estados. No grupo ligado ao Ministério da Saúde estavam aqueles setores ligados a uma proposta mais municipalista e que tinha nos conselhos de saúde uma das ferramentas de fiscalização e controle dos serviços prestados pelo município.

O modelo do INAMPS buscava, por meio de regras e procedimentos, disciplinar e ampliar o acesso pela contratação do setor privado. A proposta do Ministério da Saúde, com algumas variações, buscava na descentralização para os municípios e na instituição de “conselhos populares” a ampliação do seu modelo de assistência, baseado na medicina preventiva.

Essas duas estratégias de descentralização envolviam, portanto, uma transferência de poder em direção aos estados ou aos municípios. Esses dois entes já estavam organizados em suas respectivas organizações e passaram a desempenhar um papel importante no rumo dessas reformas. Esses dois novos importantes interessados na transferência de poder e recursos para suas respectivas esferas de poder desempenharam um importante papel no sentido de institucionalização do novo referencial para o setor saúde.

A realização da VIII Conferência tentou resolver o impasse de quem deveria comandar esse processo de reforma e qual a direção que deveria seguir a transferência de poder e recursos. Envolveu, portanto, uma disputa política entre o Ministério da Previdência e o Ministério da Saúde e também uma disputa em torno da definição da redistribuição desses recursos financeiros, institucionais e políticos em favor dos estados ou dos municípios.

### **3.2.2. A VIII Conferência Nacional de Saúde: o povo como “árbitro” das disputas?**

Muito já foi escrito sobre a VIII Conferência Nacional de Saúde. Não é intenção repetir essas análises. Entretanto, pouco se vê nesses trabalhos uma análise sobre os motivos que levaram à realização da Conferência. Ao que tudo indica, foi o impasse entre os dois grupos sobre a “unificação pelo alto” ou “por baixo” que conduziu a esse processo. O INAMPS já tinha universalizado o direito à saúde, no início da Nova República, por meio de uma portaria que acabava com a figura do indigente e diversas outras medidas apontavam

para uma descentralização em direção aos estados. Nos momentos que seguiram a disputa em torno dos rumos da reforma, Waldir Pires, ministro da Previdência e Assistência Social, “convoca os trabalhadores para a discussão e para a defesa de seus direitos, afirmando que essa mudança deveria passar pela Assembléia Nacional Constituinte”. Em resposta, o ministro da Saúde, Carlos Santana, “empunha a bandeira da unificação e anuncia a realização da Conferência” (NASCIMENTO, 2003).

Antecedendo à realização da Conferência, foi desencadeado um movimento de “estímulo e apoio à realização” das pré-conferências estaduais “e da ampla divulgação do temário para a discussão na sociedade em geral”. Todos os estados realizaram pré-conferências, “sendo que alguns tiveram várias conferências municipais antes do evento estadual, como foi o caso de Minas Gerais, Paraná, Sergipe e Pará”. Desse modo, sob o patrocínio do Ministério da Saúde, ampliou-se a discussão para “lugares e situações, como nunca anteriormente havia sucedido” (NASCIMENTO, 2003). Ou seja, o Estado mobiliza a sociedade para resolver um impasse oriundo das disputas de seu próprio quadro técnico.

Na Conferência, presidida por Sérgio Arouca, presidente da Fundação Oswaldo Cruz, compareceram cerca de quatro mil pessoas, sendo que dessas, mil eram delegados, “escolhidos e/ou indicados pelas instituições, organizações e entidades como seus representantes”. Desses mil representantes, 500 eram de instituições públicas e “e os outros 50% da sociedade civil” (NASCIMENTO, 2003).

Durante a Conferência, os debates em torno da estratégia de constituição do novo sistema se manifestou no dilema da estatização imediata ou progressiva do setor saúde, sendo que a tese vencedora foi a da estatização progressiva. O setor privado, “uma semana antes da abertura da Conferência, resolveu boicotá-la, não comparecendo, não impediu que se discutisse seu papel” (NASCIMENTO, 2003). De qualquer maneira, apesar da abstenção do setor privado e mesmo com as divergências entre os grupos, foi construída uma proposta de relativo consenso.

Esse consenso era, entretanto apenas aparente, já que a própria arena da VIII Conferência acabou por limitar ou não explicitar as diferenças. Todos eram favoráveis à definição da saúde como um dever do Estado. Entretanto, isso não significava abdicar dos seus sistemas específicos de proteção. Conforme narra uma liderança sindical que participou do evento:

Mas, entre os consensos, nós já definimos isso, por exemplo: achamos que a saúde é um em cargo do Estado, coerente com aquela definição da Conferência Nacional da Saúde, ocorrida em Brasília. (...) A 8ª Conferência Nacional de Saúde. Então nós estamos de acordo com aquilo. É uma atribuição do Estado e... e já temos

pessoalmente manifestado, dentro do grupo, que houve uma deformação. Se aproveitou a estrutura do INAMPS e tá querendo se estender essa estrutura do INAMPS a todo o povo, quando não é o correto (...). Foi insuficiente porque a maior, a maior participação foi de estudantes, médicos, funcionários da Previdência... Esse foi... o maior contingente. Foi desse pessoal: estudantes da saúde, né... é... profissionais de saúde e profissionais da previdência. Foi, foi o maior contingente desse... o contingente sindical era muito pequeno, muito pequeno ou quase nulo, também. É! Mas como sempre acontece nesses congressos, constituída a mesa, tudo cheio de muita gente, todo mundo falou na mesa o tempo que quis. Agora, cá no plenário, instalaram nove microfones para os debates, mas o cara do plenário que quisesse intervir, fazer perguntas ou sugestões, tinha direito a três minutos. O que é que se pode dizer em três minutos? Eu me inscrevi imediatamente, eu queria dar o meu palpite lá, mas quando chegou a minha vez, o presidente da mesa disse assim: "Olha, dado o adiantado da hora!" Aquela conversa de sempre, "eu pergunto ao plenário se posso reduzir para dois minutos". Quer dizer, aí foi aprovado dois minutos, então (...) Tinham vários ministros, várias autoridades. Falou o ministro da Saúde, deu lá os palpites dele. Depois que o ministro falou, falou o consultor jurídico do ministro da Saúde durante uma hora. Quer dizer, não cabia mais ele falar porcaria nenhuma, porque o ministro já tinha falado. O cara ficou uma hora dizendo a mesma coisa, repetindo, repetindo, repetindo (LIMA, 2004).

O evento foi conduzido pelo braço do movimento reformista que defendia a unificação “por cima”, ligado ao Ministério da Saúde, e deu uma resposta à disputa ao grupo do INAMPS. Entretanto, “apesar de a sociedade em geral apresentar maior nível de organização, também na 8ª Conferência o Movimento Sanitário teve um papel decisivo de organização e condução das conferências estaduais e no próprio evento principal” (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 49. Grifos nossos).

Qual o significado da realização da Conferência? A VIII Conferência Nacional de Saúde representou a vitória das teses dos grupos ligados ao Ministério da Saúde, oriundos do sanitarismo desenvolvimentista: a unificação do setor sobre o comando daquele Ministério, a descentralização das políticas em bases municipais, a ênfase nas medidas preventivas, etc. Como resultado da Conferência, criou-se a Comissão de Reforma Sanitária que preparou os documentos que serviram de base ao debate constituinte.

### **3.3. As disputas na Constituinte e no Parlamento**

A Comissão Nacional de Reforma Sanitária - CNRS tinha a tarefa de sistematizar e elaborar as propostas de texto constitucional para a Saúde e de conteúdo para a nova lei do Sistema Nacional de Saúde. “A natureza institucional da Comissão” teria, entretanto, limitado “sua ação política de mobilizar a sociedade em torno da Reforma Sanitária”, e teria também obrigado a se procurar um consenso, já que, desde sua criação, havia um conflito “entre os que defendiam a adoção dos princípios da 8ª Conferência Nacional de Saúde e as forças” que a esta se “contrapunha, sob o argumento de não terem participado da 8ª por discordar dos

critérios utilizados para o estabelecimento do número de delegados” (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 56).

Entre os temas mais polêmicos tratados no período de funcionamento dessa Comissão estavam a participação do setor privado e o financiamento do setor. Quanto à participação do setor privado, a Confederação Nacional da Indústria, em documento apresentado ao CNRS, questionava a limitação da iniciativa privada prevista nas formulações da Comissão. A Entidade defendia que o “setor privado” deveria “poder prestar serviços de Saúde autonomamente, sujeito apenas às leis de fiscalização do exercício da medicina”, já que o ramo privado seria independente e, portanto, não deveria ser considerado “mero concessionário” do setor público. Além disso, e contrariando outro ponto, o documento da Comissão defendia que o esforço para a promoção da saúde era, antes de ser um dever do Estado, um esforço de natureza privada. Para a Confederação: “Antes de se encontrar no Estado [a responsabilidade pela saúde], encontra-se na família, nas comunidades científicas, nas associações particulares, de serviços e outros setores representativos”. O posicionamento da Confederação resume os questionamentos que posteriormente seriam feitos pelo setor privado “ao longo de todo o processo Constituinte” (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 57).

No final de seus trabalhos, a CNRS chegou a uma proposta que não era consensual, apenas majoritária, já que “por um lado, os representantes da iniciativa privada a consideravam radical, e, por outro, os representantes do movimento sindical a consideravam insuficiente”. Essa proposta, produzida pela CNRS, foi “apresentada como subsídio para a Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente da Constituinte” e mantinha as principais “recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde”, mas também preservava a iniciativa privada (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 54).

O relativo consenso da proposta reformista não pode obscurecer o fato de que ele era consensual apenas entre os membros da burocracia do Estado e para alguns sindicatos que gravitavam junto a ela. De qualquer forma, chegou-se à Assembléia Nacional Constituinte com uma proposta discutida e articulada.

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde serviu, pelo menos no plano simbólico, de legitimação popular às propostas do grupo ligado ao sanitarismo desenvolvimentista e teria sido, até aquele momento, em 1986, um “dos raros momentos em que”, o grupo reformista como um todo, teria buscado “apoio da sociedade para os seus projetos”. Na Comissão Nacional de Reforma Sanitária – CNRS, por sua vez, teria predominado o “pensamento oficial”, sendo que a secretaria “técnica encarregada do relatório

falava de aprofundar um processo já iniciado com a unificação em 1967” (CAMPOS, 1988, p. 183-4. Grifos nossos).

Para Gerschman, com a formação da CNRS “produziu-se um deslocamento da luta que vinha ocorrendo no âmbito social e que culminou com uma proposta de amplo alcance e consenso para o interior dos organismos estatais de saúde”. Ainda, para a autora, a composição da CNRS não teria correspondido “ao peso real das associações da sociedade civil, ficando estas em minoria em relação aos organismos estatais e privados do setor saúde”. Por essa razão, as disputas passaram a acontecer “no terreno dos enfrentamentos políticos das diversas facções da tecno-burocracia do setor” e ficaram limitadas “pela relação de forças no interior dos aparelhos do Estado, afeiçoados ao clientelismo político, à política de favores pessoais e às rotinas burocráticas” (GERSCHMAN, 1995, p. 43).

Parece que essas duas interpretações sobre os eventos (CAMPOS, 1988; GERSCHMAN, 1995) de alguma forma, se complementam na interpretação da VIII Conferência Nacional de Saúde como um movimento de mobilização popular. De fato, durante o curto período em que ocorreu a Conferência, os cerca de 4.000 participantes produziram uma mobilização significativa. Mas trata-se de um fenômeno episódico, tal como, por exemplo, a Campanha das Diretas-Já, o afastamento do Presidente Collor, etc. São movimentos que, a longo prazo, possuem uma limitada margem de atuação e influência.

Por sua vez, a interpretação de Gerschman, que afirma que o movimento produziu uma proposta “de amplo alcance e consenso para o interior dos organismos estatais”, esquece que a VIII Conferência Nacional de Saúde apenas referenda as propostas de uma facção desse movimento. Ela foi convocada para resolver uma disputa entre os dois grupos, e o consenso foi conseguido somente pelas condições em que ocorreu: sem a participação do setor privado e com propostas que possuem um nível de abstração muito grande, o que fez com que os interessados não tivessem, em um primeiro momento, seus interesses atingidos. Assim, o consenso foi somente aparente, já que todos os dilemas não resolvidos na VIII, na Comissão e no texto constitucional foram incorporados novamente nas disputas de interesses propriamente corporativas, isso é, nas estruturas do Estado.

Portanto, não se trata de dizer que a rotina burocrática limitou o alcance da reforma, já que a VIII Conferência Nacional de Saúde não tinha também resolvido os impasses, apenas representou a consagração das propostas de uma das alas do grupo reformista da burocracia do Estado. Já no momento seguinte, durante os trabalhos da CNRS, as lutas voltaram ao seu curso corporativo, isto é, passaram a acontecer novamente nas estruturas do Estado.

Mas, apesar de tudo isso, quando iniciaram os trabalhos constituintes, a saúde já tinha uma proposta pronta: as recomendações da VIII Conferência Nacional de Saúde. Essa proposta passou pelo processo de discussão na constituinte praticamente inalterada. Ao mesmo tempo em que os demais interesses do campo, contrários à proposta do grupo, tiveram seus interesses preservados, já que se preservou o direito de o setor privado atuar paralelo ao Estado.

### **3.3.1. A Assembléia Constituinte, a nova Constituição e a Lei Orgânica da Saúde**

O processo de discussão na Constituinte, de acordo com o regimento, obedecia a quatro fases sucessivas: Subcomissões (com audiências públicas); Comissões Temáticas; Comissão de Sistematização e Plenário. A Saúde foi tratada na Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente e, depois, na Comissão da Ordem Social (RODRIGUEZ NETO, 2003).

Dos parlamentares que compunham a Comissão, poucos a tinham escolhido como primeira opção, o que permitiu que as propostas do bloco do grupo reformista chegassem ao Plenário sem alterações significativas. Foi no Plenário que a proposta passou a receber uma série de críticas, principalmente do grupo denominado de “Centrão”. O “Centrão” conseguiu apresentar um projeto que, segundo a opinião do grupo, se aprovado, “significaria um retrocesso em relação ao que na prática já vinha ocorrendo na política nacional de saúde, por intermédio do Suds”. A principal bandeira do grupo era o combate à estatização da medicina. “Essa bandeira uniu os setores hospitalar privado, da medicina de grupo, das cooperativas médicas e o setor liberal da medicina”. (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 78-82).

De qualquer modo, foi no período constituinte que os interesses se tornaram mais explícitos, principalmente quando a redação do texto constitucional parecia apontar para a eliminação do setor privado, que não questionava o direito à saúde, ou seja, a existência de um sistema que garantisse o atendimento a todos, mas sim que esse direito tivesse como único provedor o Estado.

Durante a votação da matéria, a plenária da saúde, “com participação de delegações de vários estados, da maioria dos secretários estaduais de Saúde e de muitos secretários municipais, passou a acompanhar e analisar passo a passo as negociações”. O texto do “Centrão” já tinha sido descartado, mas existiam divergências se o projeto conseguiria ser aprovado sem algumas concessões ao setor privado. A avaliação de alguns era de que o projeto da saúde poderia ser aprovado na disputa de voto na plenária. “No entanto, o que

estava na mesa de negociações não era só a seção saúde, mas todo o capítulo da Seguridade Social; e pelas regras do jogo vigentes, o acordo só seria ‘fechado’ globalmente”. Diante disso, os interesses do setor privado foram preservados no texto constitucional. A votação foi significativa: 313 votos a favor e 127 contra, principalmente, pelo seu impacto junto à “opinião pública”. No dia seguinte à votação, a imprensa noticiava a “estatização do sangue” no país. Ainda, reportagem de capa da revista Visão, na sua edição semanal, trazia a seguinte manchete: “Constituinte: o fim da medicina privada” (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 83-4).

As determinações genéricas do texto Constitucional, entretanto, não estipulavam as “condições práticas” de aplicação dos preceitos e tornava-se necessária a criação de uma legislação infraconstitucional que definisse mais claramente o funcionamento do novo sistema, ou seja, a Lei Orgânica.

### **3.3.2. A Lei Orgânica da Saúde**

No período em que o novo texto constitucional foi aprovado, em outubro de 1988, o grupo reformista já não mais se encontrava nas posições assumidas no início do Governo Sarney. Entretanto, “os reformistas, que já haviam participado ativamente do processo constituinte, deram continuidade ao debate sobre a regulamentação da saúde com propostas de encaminhamento para o projeto de lei a ser definido, buscando incorporar questões derrotadas na Constituinte, como o financiamento e a regulação do setor privado”. Nesse processo o Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília – NESP foi um dos principais centros de irradiação do debate. O Núcleo tinha entre os seus principais representantes Eleutério Rodriguez Neto. Além disso, a Revista Saúde e Debate, que desde a década de 70 já tinha servido como instrumento do grupo para divulgação de suas propostas anteriormente, novamente serviu como “um importante veículo de difusão desse debate para todo o âmbito acadêmico” (BAPTISTA, 2003, p. 160).

Em relação à lei orgânica, uma série de indefinições dividia o grupo reformista. Além dos pontos mais evidentes como o financiamento e a relação entre o público e privado, restavam ainda indefinições em relação à forma como seria feito o repasse dos recursos entre os entes federados, a descentralização político-administrativa e a maneira como aconteceria a “participação popular”, entre outras questões. O projeto de lei orgânica foi elaborado em estreita colaboração com o Executivo, apesar dos quadros reformistas já não fazerem parte do primeiro escalão do governo. Assim, graças a essas condições diferenciadas e o apoio do Executivo, pelo menos durante o período do Governo Sarney, o projeto passou pelo

Congresso sem qualquer alteração significativa e foi para a sanção presidencial em setembro de 1990 (BAPTISTA, 2003).

Na época, o Governo Collor vetou parte da legislação, mas, devido à articulação entre o grupo reformista e o Congresso, teve de voltar atrás, editando nova lei que complementava os atos vetados na primeira Lei Orgânica. Assim, a Lei Orgânica se dividiu em dois atos normativos: a Lei n. 8.080 e a Lei n. 8.142.

A aprovação da Lei Orgânica não teve os efeitos práticos esperados pelo grupo reformista. O que o Legislativo aprovou não garantia por si a implementação da política no Executivo, mas o que o Legislativo não versou possibilitou um grande espaço de manobra do Executivo. A Lei Orgânica tinha definido as atribuições entre as esferas administrativas, regulamentado os principais aspectos da política, mas não versou sobre as estratégias para a organização, encaminhamento e financiamento da política, dando ampla margem de manobra ao Executivo Federal. Assim, no momento de implementação da nova política pública, o Executivo Federal, por meio de portarias e outros instrumentos, encaminhou a política de acordo com os seus interesses mais imediatos (BAPTISTA, 2003).

#### **3.4. Uma avaliação do processo constituinte: a burocracia como arena e ator do processo reformista**

Para Rodriguez Neto (2003), uma avaliação do capítulo da saúde mostra que esse seria “quase uma ‘atualização’ constitucional de conquistas setoriais”, o que tornaria “impossível se apreender na nova Constituição uma coerência e uma harmonia que refletissem a culminância de um processo de lutas e acordos sociais”. O texto constitucional seria antes “uma aferição das regras para o início, de fato, de uma nova etapa do processo; um novo patamar para as lutas políticas e sociais” (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 92).

De fato, não aconteceu a estatização da medicina, como denunciavam alguns, mas criou-se um sistema universal de atendimento a todos, ao mesmo tempo em que se deixava aberto à iniciativa privada o direito de existência. No caso específico dos médicos, se assegurou, por meio de uma disposição transitória no texto constitucional, o “direito adquirido” ao “exercício de dois cargos ou empregos”, que já “vinham sendo exercidos por médicos” civis ou militares “na administração pública direta ou indireta”, contrariando as posições da CNRS, que denunciava esse duplo vínculo como um fator de corrupção no serviço público (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 112).

As análises que mostram que o processo constituinte consagra as teses já defendidas na VIII Conferência Nacional de Saúde muitas vezes esquecem que, na verdade, o texto

consagra as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde, de 1963. A VIII Conferência e o texto constitucional reproduzem quase *ipsis literis* as recomendações da III Conferência. O Texto representa, assim, a força da burocracia do Estado na arena estatal em diversos momentos desse processo: durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, na CNRS, no processo constituinte e na votação da Lei Orgânica da Saúde.

Esse tipo de articulação política pode, às vezes, confundir o observador, já que “as conquistas sociais” conseguidas “no plano das instituições setoriais” não correspondem “aos avanços reais da sociedade”, como constata Rodriguez Neto (2003, p. 124). Embora não aponte as causas, Rodriguez Neto (2003, p. 21) constata que existia uma “autonomia” das propostas daquilo que o autor denomina de “movimento pela democratização da saúde” em relação “aos outros campos da prática” o que levaria a “conquistas aparentemente mais avançadas que o conjunto de formulações econômicas poderia antecipar, e o nível de organização popular pudesse garantir” (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 21).

A institucionalização do direito à saúde na Constituição Federal de 1988 é, portanto, uma proposta da burocracia do Estado em direção ao “povo”. Cria-se um sistema de saúde em nome de uma “classe trabalhadora” que estava ausente, sem conseguir superar o “fantasma da classe ausente”, apontado por Sérgio Arouca (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 127).

De fato, o movimento sanitário teria se construído sem uma grande participação dos trabalhadores organizados. Segundo Escorel,

O movimento sanitário, em sua conformação, falava de uma classe operária que não aparecia no cenário político, nem geral nem setorial. Por ser um movimento e não um partido, e por falar de uma classe ausente, o discurso médico-social de transformação continha esse outro ponto de tensão: sem contar com a participação direta da classe trabalhadora, o discurso e a prática do movimento sanitário era feito para ela (em direção a ela) ou por ela (no lugar dela) (ESCOREL, 1998, p. 182. Grifos nossos).

Isso faz com que se aponte que a reforma seria um processo conduzido pelos “intelectuais encastelados no Estado”, como faz Campos (1988). Entretanto, nada garante que, ao se compor com o movimento organizado dos trabalhadores, os reformistas teriam garantido a aprovação de uma legislação de caráter universal como o do Sistema Único de Saúde (SUS).

A explicação para isso parece estar na relação ambígua que os reformistas mantinham com a classe trabalhadora: a ação dessa parcela da burocracia, que constituía o movimento sanitário, faz uma reforma universalista em nome dos trabalhadores, mas que contrariava diretamente (além de outros segmentos da própria burocracia e interesses do setor privado) os mesmos trabalhadores que ela dizia representar:

As resistências ao projeto de universalização provinham dos trabalhadores, da burocracia previdenciária e do segmento dos prestadores de serviço privado - cada um com razões diferentes para se opor à reforma. Para os trabalhadores, qualquer reforma na previdência não podia desconsiderar os direitos e benefícios garantidos a eles historicamente, o que significava manter uma estrutura de proteção específica para o trabalhador e outra para os cidadãos não incluídos no sistema previdenciário, ou seja, um regime corporativo e meritocrático por um lado e assistencial por outro. Para a burocracia e para o segmento privado, qualquer mudança na forma de condução da política significava uma reformatação nas relações de poder, o que por si só já era uma ameaça (BAPTISTA, 2003, p. 151).

Essa resistência dos interesses organizados da burocracia do Estado e dos trabalhadores integrados talvez explique parte do crescimento do setor privado no período imediatamente após a aprovação do texto constitucional, além da questão do subfinanciamento do setor no início da década de 90. Embora seja difícil avaliar os motivos que levam o grupo ligado ao movimento reformista, ou seja, os burocratas estatais, a buscar um sistema universal de saúde - que talvez passe pela busca de expandir as estruturas de Estado e dos círculos de poder a elas ligadas - não se pode supor que esse processo tenha sido um esforço do Estado para cooptar a “classe trabalhadora”.

Para Costa (COSTA, 1996b), as interpretações que atribuem o fracasso das políticas de saúde como um “subproduto do regime de acumulação” - ou como resultado “das relações de poder originadas do clientelismo, do compadrio, da cultura do favor” que acabariam por introduzir “elementos disfuncionais ou não racionais na implementação dos programas” -, esquece que os próprios interesses dos agentes sociais e sua luta ativa para assegurar formas diferenciadas e exclusivas de acesso a benefícios sociais.

Segundo Costa (1996b), muito mais que apenas uma tendência estrutural do mercado, a segmentação foi possível porque existia uma “ativa opção pelo atendimento diferenciado das organizações intermediárias que articulam interesses, como os sindicatos e associações profissionais e funcionais”. Assim, mesmo que durante a VIII Conferência Nacional de Saúde “as representações sindicais pugnavam por teses publicistas, quando não estatizantes”, no dia-a-dia das negociações, elas acabavam por defender “uma agenda auto-referida e segmentadora nas mesas de negociação”, o que indicaria “uma razoável inconsistência na relação entre a representação institucional e o curso dos interesses das categorias representadas nos fóruns de participação”. Parte desse aparente paradoxo seria resultado da competição entre as centrais sindicais e as orientações ideológicas dos liderados e lideranças, que acabariam por reproduzir os arranjos típicos do período corporativo. Portanto, mesmo que na década de 70 a medicina de empresa tivesse sido denunciada como um esforço de controle sobre os trabalhadores, “nos anos subseqüentes a demanda por assistência médica diferenciada da oferta da previdência social e, posteriormente, do SUS, transformar-se-ia em item da agenda de negociação coletiva

por força do grande anseio por serviços advindos das bases sindicais” (COSTA, 1996b, p.345-50).

Conforme Costa, “a base social de formulação e sustentação deste movimento de inovação política estava entre sanitaristas, intelectuais progressistas e burocracia pública”. Em outras palavras, que a “agenda setorial teve um ponto de partida predominantemente estatal” e, que, diferente de outras reformas sanitárias, como a italiana, não teria se apoiado “em um movimento social clássico” (COSTA, 1996b, p.354). Por certo, o movimento era composto por essas categorias descritas por Costa, mas não se pode esquecer que esse estrato era constituído por médicos.

Assim, mesmo que se concorde com o diagnóstico de Campos (CAMPOS, 1988) para o qual o projeto reformista não teria se articulado com o movimento sindical dos trabalhadores, mas sim seria uma obra de “intelectuais encastelados no aparelho de Estado”, fica a questão de saber se, tendo em vista às características de organização sindical no Brasil, a reforma teria seguido as teses universalistas aprovadas na Constituição.

De fato, a Reforma Sanitária no Brasil não seguiu a italiana, “a base social de formulação e sustentação deste movimento de inovação política estava entre sanitaristas, intelectuais progressistas e burocracia pública”. Em outras palavras, “agenda setorial teve um ponto de partida predominantemente estatal” (COSTA, 1996b, p. 354). Entretanto, o que a análise de Costa (1996b) parece mostrar é que a simples composição com o movimento sindical não teria conduzido ao texto constitucional as características universalistas, como aponta Campos, para a solução dos impasses do setor (1988). Ao contrário, aparentemente, é essa situação de relativa independência que garante que essa proposta setorial seja construída e institucionalizada de acordo com um formato universalista.

Essa parece ser uma deficiência do conceito de “cidadania regulada”, quando estabelece uma relação de forças na qual os interesses sociais são reduzidos a meros receptores de um Estado sem face e todo poderoso, reduzidos que são a subprodutos dessa relação estrutural.

### **3.4.1. A reforma “por cima” e seus limites**

A burocracia produziu uma reforma em nome de uma “classe ausente” e tem de justificá-la em nome dessa mesma classe. Os sindicatos, pelo menos nos fóruns específicos da saúde, defenderam uma agenda universalista, mas, para os seus representados, buscaram a assistência suplementar privada. Os servidores públicos mantiveram também seus sistemas de

atendimento diferenciado. Os interesses do setor privado foram preservados e também as formas tradicionais de inserção dos profissionais de saúde no setor.

Essa burocracia estatal, que desempenha um papel técnico e político, num híbrido tipo ideal concebido por Weber entre o político e o burocrata, busca conciliar os interesses técnicos com as necessidades de legitimação política. Os limites desse tipo de articulação estão, entretanto, sempre presentes, já que, segundo Campos (1988, p. 12), “a autonomia destes intermediários é muito restrita, embora exista em certa medida”, já que, no momento em que esses “intermediários ousam ultrapassar estes limites coloca-se, em geral, a imperiosa necessidade de substituí-los por novos partidos, novos segmentos de tecnocratas, por novas formulações ideológicas”. Assim, a mesma fonte de força é também a fonte de fraqueza do grupo.

Essa vanguarda reformista tem sua ação condicionada pelo campo político. As idéias defendidas por essa vanguarda são sem dúvida influenciadas pelos partidos de esquerda, mas que podem ser usadas seletivamente por qualquer grupo político. As alianças com esse ou aquele grupo fazem com que a vanguarda reformista consolide e garanta alguns dos princípios garantidos na Constituição. Porém, não se consegue modificar as relações de poder no setor, fortemente dominado pela ideologia empresarial.

Seria possível traçar uma ligação entre 1967 e 1988? Parece que sim, já que as duas reformas foram conduzidas por setores diferentes da burocracia. Na reforma de 1967, a burocracia conduziu, a partir de uma delegação do regime militar, uma reformulação do setor saúde. Foi uma reforma inclusiva, já que ampliou benefícios, embora feita de forma insular:

“Na verdade, ela [a burocracia] adquire um grau maior de homogeneidade e se confunde com a ação do Estado (ditatorial) que, ao cortar o diálogo com a sociedade e excluir a participação política, inclusive com o esvaziamento do papel do Legislativo, se comporta como um ator quase único na cena do poder. A burocracia, ao receber a delegação de formular e implementar as políticas do Executivo, amealhava, com seu poder técnico, um poder que era maior que aquele dos políticos. Nesse cenário, não há ou há escassa luta política. É certo que um ator não se esgota em si mesmo; ele representa interesses, e a burocracia, que nesse quadro foi confundida com tecnocracia, representava os interesses do regime e atuava quase sozinha, havendo poucos atores sociais que com ela pudessem contracenar” (LUCCHESI, 1989, p. 170).

Mas não existe apenas uma burocracia. Durante o período de expansão do modelo inaugurado em 1967, o grupo ligado ao Ministério da Saúde, o sanitarismo desenvolvimentista, sofreu um refluxo, já que a reforma daquele período consagrou um modelo oposto ao pregado: centralizador e pautado por um modelo de atenção à saúde que

tem por base o hospital e o atendimento em consultório, com pouca ou nenhuma ênfase em medicina preventiva.

Em um segundo momento, a partir da segunda metade da década de 70, esse grupo (aliado também com setores dissidentes ou críticos dentro do INPS) – passou a ocupar esses espaços na arena estatal. “A ação desse pessoal voltava-se a preencher espaços gerados pela própria dinâmica da luta social ou pela incompetência do Estado, e era mais tolerada dentro de instituições marginais para a política de saúde e em momentos em que se precisava de proposições políticas alternativas para o enfrentamento dos problemas sociais”. Foi somente a partir do final da década de 70 que esses “grupos burocráticos, marginais dentro das instituições de saúde como o INAMPS, o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde” entraram na disputa em torno de um novo projeto setorial, que resultou na seqüência de acontecimentos que se traduziram no texto constitucional de 1988 (LUCCHESI, 1989, p. 170-1). Entretanto, diferente do período anterior, a implementação dessa “nova” proposta aconteceu em um outro momento político e econômico.

Não se trata mais do INAMPS, que foi extinto em 1993, com seu modelo centralizador, mas ao contrário um modelo descentralizado e que tem nos municípios o seu modelo de organização. Dessa forma, “a nova burocracia ainda enfrentaria outros limites”, já que diferentes governos “têm diferentes propostas políticas, apoiadas em alianças sociais diferentes e impõem restrições diferenciais ao comportamento burocrático” (LUCCHESI, 1989, p. 173).

Mas não é somente a ação de uma burocracia com idéias bem definidas e uma “janela de oportunidade”, propiciada pelo enfraquecimento do regime militar e, por fim sua substituição por um novo grupo político, que explicam a criação de uma legislação de caráter universalista.

Apesar de existir toda uma proposta articulada e acabada, essa nova proposta teve que ser sancionada pelo campo político e, nessa arena específica, como mostra o trabalho de Costa (1996), existiu também toda uma conjunção de outros interesses que contribuíram para a institucionalização do novo referencial setorial.

As proposições da Reforma Sanitária criaram condições consensuais para que agências públicas (como os hospitais universitários) e atores governamentais, como os secretários de Saúde, pudessem entrar a custo zero no jogo setorial na situação de free riders, isto é, para usufruir dos benefícios potenciais de uma redefinição do arranjo institucional do gasto público federal. (...) O baixo custo fiscal e institucional da inovação permite explicar a grande permeabilidade de atores da arena setorial como os representantes dos interesses municipais e estaduais a temas como descentralização e participação social. A compreensão abrangente da agenda da Reforma Sanitária brasileira pode ser complementada pela localização dos grupos de

interesse subnacionais emergentes na conjuntura da transição, em especial os secretários estaduais e municipais de Saúde. Estes novos grupos, originários do sistema político, foram os principais beneficiários dos incentivos institucionais expandidos pelas inovações setoriais (COSTA, 1996).

Os estados e municípios “puderam ampliar a oferta de benefícios para seus colégios de eleitores com custos institucionais desprezíveis, principalmente porque não foram obrigados a calcular os custos fiscais da decisão” (Afonso<sup>77</sup> apud COSTA, 1996). Isso aconteceu também porque, a partir de 1985, o grupo reformista, em projetos como as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Integrado Descentralizado de Saúde (SUDS), iniciaram uma estratégia de descentralização das políticas de saúde em direção aos municípios e estados.

Dessa forma, a conjunção desses interesses institucionalizou um sistema de saúde que garantiu a universalidade do atendimento, a descentralização dos recursos e o atendimento integral. Após uma série de disputas, que aconteceram principalmente no interior do Estado, ou em estruturas criadas ou licenciadas pelo Estado, o grupo reformista, apesar de suas divergências, conseguiu impor suas propostas na arena estatal. O êxito do grupo nessa arena específica, não significa que se tivesse chegado a um novo patamar de relações de força entre os grupos em disputa. Permaneceram sem solução os impasses entre o setor público e privado e quanto ao financiamento público dessas políticas, apenas para citar dois exemplos.

Tudo mostra que o Parlamento não foi o local onde ocorreram as disputas entre os grupos de interesse. Ele, em larga medida, ratificou aquilo que já tinha sido definido em outras instâncias. A proposta do capítulo da saúde passou pelo parlamento praticamente inalterada.

O fato de desde a década de 90 “as regras do jogo” estarem estabelecidas não significou, entretanto, que esse jogo se desenrolou segundo as regras da nova legislação. No processo de implementação, as diretrizes propostas pela nova legislação foram interpretadas segundo as diferentes conjunções de força do período. Ao mesmo tempo, o setor privado funcionou durante boa parte da década sem qualquer tipo de controle, o que possibilitou que os tratamentos mais complexos e caros fossem desviados para o setor público, em uma dinâmica que se mantém, apesar da nova legislação, desde a década de 70.

### **3.4.2. E a “classe ausente”, se faz presente?**

Ao mesmo tempo, a reforma foi feita em nome do “povo”, agora chamado de “classe trabalhadora”, que estava ausente, ou pelo menos dividida em relação às propostas. Uma

---

<sup>77</sup> AFONSO, J. R. R. Dilemas da Saúde: Financiamento e Descentralização. *Revista do BNDES*, vol. 2, nº. 3, 1995.

fração da burocracia construiu um projeto que previa a universalização do atendimento, sem que, entretanto, fossem resolvidos os impasses do setor.

Carvalho (1987), em trabalho dedicado ao estudo da consolidação do Estado brasileiro, mostra como, devido às características do sistema político e social, uma parte da elite política propunha reformas que, na maioria das vezes, dependiam de uma modificação da ordem social, do qual elas dependiam para existir, em uma dinâmica que o autor denominou de “dialética da ambigüidade”, já que a posição do grupo estava subordinada às relações econômicas do período. Ao mesmo tempo, as idéias dessa elite teriam uma circulação restrita. Na proclamação da República, por exemplo, a população do Rio de Janeiro, centro político e econômico da época, teria confundido o evento com uma parada militar:

Em frase que se tornou famosa, Aristides Lobo, o propagandista da República, manifestou seu desapontamento com a maneira pela qual foi proclamado o novo regime. Segundo ele, o povo, que pelo ideário republicano deveria ter sido o protagonista dos acontecimentos, assistira a tudo bestializado, sem compreender o que se passava, julgando ver talvez uma parada militar (CARVALHO, 1987, p. 9).

A imagem levantada por Carvalho parece corresponder, em alguma medida, à relação entre o grupo propositor da Reforma Sanitária e a população. Imagem semelhante inclusive é utilizada por um observador do fenômeno. Para Dantas, “de repente”, a população teria ficado sabendo que o direito à saúde era universal:

Ela [a população] não... ela recebeu a reforma sanitária como quem recebe um anúncio de uma coisa boa, de um remédio milagroso, de algo que tem uma ação imediata. (...) [a] população nem chegou a entender e ao mesmo tempo passou até em alguns momentos a ser crítica. (...) Então as informações que recebiam, de repente, apareciam na televisão, que agora tem o SUS, a população terá direito a se servir de todos serviços de forma gratuita, universal, e a realidade sendo exatamente ao contrário (DANTAS, 1993).

Carvalho, comentando a relação entre a população e as elites políticas da época da proclamação da República, observa que existia uma distância considerável entre a realidade e a teoria política dos reformistas das diversas matizes: “No campo da ação política, fracassaram sistematicamente as tentativas de mobilizar e organizar a população dentro dos padrões conhecidos nos sistemas liberais”. Destino não tão diferente tiveram “os partidos operários e de outros setores da população; as organizações políticas não-partidárias, como os clubes republicanos e batalhões patrióticos, não duraram além da existência dos problemas que lhes tinham dado origem” (CARVALHO, 1987, p. 141-3).

Ao lado dessa relação com o Estado, que não se enquadrava nos modelos clássicos de representação de interesses, havia uma distância muito grande entre a norma consagrada e a realidade concreta do cotidiano. As revoltas do período aconteciam apenas quando parecia que

o Estado buscava impor o formal, “quando procurava aplicar a lei literalmente. Nesses momentos, o entendimento implícito era quebrado, o poder violava o pacto, a constituição não-escrita”. Entretanto, esses “eram momentos de crise, não o cotidiano” (CARVALHO, 1987, p. 159-60).

Não será por acaso que Lucchesi, ao estudar os determinantes da Reforma Sanitária, faz referência às conclusões de Carvalho sobre a relação entre luta política e Estado. Para o autor, o Estado, devido às condições econômicas e políticas, se torna o alvo dos grupos em luta, que se dirigiram em direção a ele para utilizá-lo como um “instrumento de Reforma”. Dessa forma, o aparelho estatal se torna “o lócus efetivo das tomadas de decisões acerca das políticas estatais” (LUCCHESI, 1989, p. 175-6).

A partir dessas observações de Lucchesi e Carvalho se pode compreender como se apresentam alguns dilemas da Reforma Sanitária. De um lado, o apelo ao povo, à classe trabalhadora, como árbitro das disputas entre os grupos ligados à burocracia estatal. Essa classe trabalhadora, entretanto, ao que tudo indica, estava mais inclinada a defender um sistema de seguro social do que de seguridade social, tendo em vista que a tradição organizativa, desde o início do século, estava centrada em organizações que tinham por base esse tipo de arranjo. Pelas circunstâncias que determinam o processo da VIII Conferência Nacional de Saúde e a Constituinte, as centrais sindicais defendem um sistema universal de saúde, mas sem abdicar de um sistema segmentado para seus representados. A população não integrada ao mercado de trabalho, ao qual os reformistas buscavam representar, é favorável ao novo sistema. Porém, sem capacidade de organização e sem força política para legitimar o novo sistema.

Desse contexto, se entende porque as forças capazes de impulsionar o novo sistema permaneceram junto ao Estado, sem que, entretanto, tivessem condições de romper a correlação de forças, já que a vitória do projeto consagrou esse novo referencial apenas junto ao Estado. Portanto, a força do movimento acabou por se mostrar como sua principal fraqueza ao não se conseguir ampliar as alianças no momento seguinte à aprovação da nova legislação.

A “classe trabalhadora” não se enquadrava nos modelos utilizados pelos protagonistas da Reforma Sanitária. Não se enquadrava, pois, nos modelos que inspiravam os reformistas. A reforma sanitária italiana, por exemplo, foi resultado de outras circunstâncias históricas e sociais que não se reproduziram no Brasil.

A “classe trabalhadora” organizada talvez não estivesse ausente. Apenas não estaria interessada ou não quisesse fazer uma transição em direção a um modelo novo sem ter garantias de que o modelo traria os mesmos benefícios que ela já tinha garantido no antigo.

### 3.4.3. “Asco Social” e as reformas “para baixo”

De fato, se formos comparar as duas reformas, a de 1967 e a de 1988, se verá que as objeções dos trabalhadores serão semelhantes. Em 1967, aqueles trabalhadores a favor de um sistema universal de saúde não eram contrários ao alargamento das funções do Estado no setor saúde, desde que a expansão não representasse uma ameaça aos benefícios que uma categoria específica teria no sistema anterior. Essa posição pode ser vista nas lideranças sindicais dos bancários:

Naquela época em que se fez a Lei Orgânica, nós tínhamos discutido o problema da unificação. Mas havia várias coisas que impediam que se fizesse essa unificação. Isso ia depender de um trabalho mais longo, com mais cuidado. Quer dizer, eles padronizaram por baixo, de cima para baixo. Havia o melhor, eles acharam todo mundo e igualaram ao pior, isso foi o erro deles. Nós nunca fomos contra a unificação. (...) Nós tínhamos um ambulatório na Treze de Maio, que era eficiente, bem montado, limpinho, então correu todo mundo para lá, porque os outros não tinham, ou se tinham, tinham em precárias condições. Foi para lá, então avacalhou. (...) Isso acabou! Acabou! Botaram uns bancos nos corredores, uns bancos imundos. Começou a aparecer escarro no chão. O sujeito vinha com o vidro de exame de urina, jogava lá na latrina. Vem gente de toda qualidade social. O problema é o seguinte: todos nós somos iguais, mas uns têm mais educação, outros menos; uns são mais civilizados, outros menos. Então, como é que você quer misturar essa gente toda assim, sem um preparo, sem uma educação, sem uma orientação? (...) Com a unificação, então, esse privilégio foi estendido a todos os outros institutos. Para não acabar com o do IAPI, então, estendeu-se a todo mundo. Eu não sou contra, não. Eu acho que todo mundo que tem alguma coisa boa, deve permanecer tendo (LEÃO, 2004).

Assim, a unificação de 67 era vista como um “nivelamento por baixo”, pois teria misturado “gente de toda qualidade”. Se ela fosse feita de uma maneira que preservasse as condições de atendimento, não haveria objeção. Ou seja, as lideranças dos bancários não eram contra a expansão do “direito à saúde” a uma classe mais ampla de trabalhadores, desde que mantivesse intacta sua estrutura de benefícios e não misturasse as diferentes classes sociais.

Para outra liderança sindical, Luiz Viegas de Motta Lima, o processo de unificação de 67 é visto como um “plano de liquidação da Previdência Social”, com vistas ao estabelecimento de um “um modelo americano”, ou ao “que o Pinochet já estabeleceu no Chile”. Assim, como no depoimento anterior, ele afirma que as lideranças sindicais não eram contra a unificação, entretanto:

Nós não queríamos nivelar por baixo, nós queríamos fazer um processo de unificação, que levamos àqueles companheiros de outras categorias profissionais que não tinham um atendimento a ter o atendimento que os outros tinham, e não fazer... jogar todo mundo na vala comum. (...) ao grau de adiantamento que algumas categorias já tinham, como caso específico de bancários, de marítimos, e de certa forma, do IAPI, para jogar todo mundo no não atendimento comum (LIMA, 2004).

Por sua vez, a constituição de um sistema público, mesmo que signifique um rebaixamento para alguns, para os novos usuários não tem o mesmo significado.

Era o início dos anos 90. Era em Pernambuco e era dezembro. (...) Eu dava aulas num curso de especialização para profissionais de saúde. Vinda de Campinas, cidade sempre considerada uma espécie de modelo para o Sistema Público de Saúde brasileiro, estranhava a “diversidade” das instalações pernambucanas: nas salas dos diretores dos hospitais que eu visitava, ar condicionado glacial, água de coco geladíssima e muitas gentilezas à professora do sul. Nas enfermarias, enfermeiras exaustas e mal pagas combinavam técnica com garra nordestina. (...) Numa enfermaria infantil, encontrei papelões empilhados sob as camas. Era o surgimento do chamado alojamento conjunto, no qual as mães poderiam permanecer com seus filhos internados e eu, mais angustiada do que curiosa, perguntei ao diretor do hospital que me ciceroneava: por que estes papelões não são recolhidos? Não acha que a poeira acumulada pode representar mais um agravo para as crianças? Um tanto enfadado pela minha falta de visão, ele me respondeu: - As mães utilizam este papelão à noite, para dormir sobre ele. (Me dou conta, aterrorizada, que não havia espaço entre os berços, daí que elas dormiriam sob as camas, sobre os papelões diligentemente distribuídos pelas enfermeiras). Uma vez que eu continuasse a me indignar com a situação, o meu anfitrião concluiu: professora, a senhora sabe de onde vêm estas mulheres? A senhora não conhece o sertão do Brasil. Elas até gostam das condições aqui, em suas casas elas não têm nem papelão!<sup>78</sup>

Ora, nessa visão, o público poderia proporcionar um atendimento “mais ou menos”, já que para os novos usuários, aquelas condições, que para os antigos são “degradantes”, significam um acesso que antes era inexistente. Essa é uma das razões que levam os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) a o avaliarem com nota oito<sup>79</sup>.

---

<sup>78</sup> Relato de Lílian Magalhães ao autor.

<sup>79</sup> A pesquisa foi realizada pelo IBOPE em fevereiro de 1998. A amostra utilizada representou o equivalente a 106 milhões de habitantes e 40 milhões de domicílios (SILVA, 2003b).

#### 4. A volta redonda

Eu acho que, por exemplo, dentro dessa visão, digamos, deve estar ocorrendo, eu não sei até que ponto, um fenômeno de reinício. Talvez esteja acontecendo por aí, e nós não estamos sabendo, uma espécie de recaptura da coisa privada. Então, começam a aparecer o quê? As Golden Cross, os não sei o que e tal, e os grupos, (...) Cooperativa de Cotia, ela é capaz de ter o negócio dela separado. Por quê? São organizações geralmente dinâmicas e tal, eles são capazes de ter um serviço particular deles, como tem o Banco do Brasil, como tem a Petrobrás, a Eletrobrás, não sei o que. Então, eles estão organizando os institutos deles, as Caixas vêm depois. Isso talvez esteja se alastrando sem que nós saibamos. Então, de repente esta coisa, que é a Previdência Social, chega ao fim do seu ciclo, ela (...) e começa outra vez tudo a nascer como Caixa de Aposentadoria e Pensões. É bem provável que nós [estejamos]... assistindo a isso (BASTOS, 2004).

A aprovação da legislação do Sistema Único de Saúde – SUS, em 1988, e as legislações infraconstitucionais, configuradas na Lei n. 8.080 e na Lei n. 8.142, no início da década de 90, encerram o ciclo de institucionalização do novo referencial setorial.

O entendimento tradicional do processo de constituição de uma política pública poderia nos levar a imaginar que a implementação das políticas do setor fosse apenas um desdobramento das previsões legais instituídas pelo poder político. Ao contrário do que poderia prever o modelo (neo) institucionalista, a aprovação da legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) não altera significativamente o modelo segmentado existente até então. Velhas disputas e dilemas persistiram na reorganização do setor segundo a legislação prevista na nova Constituição Federal, fazendo com que na implementação dessas políticas se mantivesse o padrão segmentado do sistema anterior.

No capítulo anterior, tentou-se demonstrar o papel da burocracia de Estado na criação de um novo referencial para o setor saúde. De um lado, a burocracia da Previdência. De outro, a burocracia da Saúde, ambas constituídas por uma corrente alternativa da profissão médica (embora não incluísse somente essa categoria).

Foi argumentado que “janela de oportunidade”, propiciada pela democratização e a crise financeira da Previdência, foi utilizada pelo grupo sanitarista para institucionalizar o seu projeto político de descentralização das políticas de saúde na Constituição Federal de 1988. Esse modelo, construído a partir de um pequeno núcleo de saúde pública, se tornou dominante nas políticas de saúde, mas não no campo médico, que continuou a se orientar pelo modelo liberal.

Para demonstrar esse processo, é preciso voltar a atenção para a fase da implementação para verificar como esse novo referencial jurídico se integra ao setor, ou seja,

se fará uma caracterização geral do sistema de saúde resultante do texto constitucional, mostrando como, apesar de a Constituição Federal apontar para um modelo institucional-redistributivo, permanece um modelo híbrido que mescla diferentes modelos de proteção. Ou seja, apesar de o texto constitucional, se teria um universalismo inconcluso, ou um “universalismo excludente”, como preferem alguns autores<sup>80</sup>.

Não será surpresa constatar que a burocracia de Estado permanece como o principal mediador das políticas, pelo menos na arena estatal. O referencial institucionalizado na Constituição Federal permanece inalterado, não obstante as profundas modificações introduzidas durante os Governos Fernando Collor de Mello e Fernando Henrique Cardoso. Existe uma adequação entre a agenda do movimento sanitário, que negocia seu projeto como os interesses políticos de cada conjuntura nesses governos. Apesar da força relativa do grupo na arena estatal, e da existência de uma legislação condizente com o projeto do grupo, isso não será suficiente para modificar o modelo segmentado anterior à Constituição Federal de 1988.

Nesse aspecto, apesar de existir uma legislação que apontava para a descentralização das políticas do setor em direção dos municípios, o Executivo Federal continua a desempenhar um papel predominante no processo, tal como tinha sido no início da década de 80.

O objetivo desse capítulo não é fazer uma análise de todos os aspectos envolvidos no processo de implementação da nova política. Apenas mostrar que, apesar da legislação, permanece um modelo de proteção social segmentado.

#### **4.1. As leis da saúde e sua implementação**

O dilema pós-constituente, segundo Elias (2004, p. 14), era que a nova legislação delineava “o que fazer”, mas não dizia “como se faz”. Bem entendido, o autor não está dizendo que não existisse a previsão na legislação, mas sim que essa legislação, como não poderia deixar de ser, não apontava o caminho para a descentralização do modelo de saúde, ou seja, como se garantia o atendimento integral e universal, dentro da realidade política e econômica existente.

---

<sup>80</sup> O termo “universalização excludente” tenta caracterizar o processo de universalização da saúde no Brasil a partir do final da década de 80. A ampliação do atendimento teria sido acompanhada por filas e queda na qualidade, o que teria levado uma parte da população a se auto-excluir do processo, pela busca de alternativas privadas ao Estado (FAVERET; OLIVEIRA, 1990).

O caminho “escolhido” parece ter sido o da produção de normas e procedimentos por parte do poder executivo para orientar e induzir o processo de descentralização para os estados e municípios.

Baptista (2003), em estudo sobre as políticas do pós-constituente, constata um distanciamento muito grande entre o que era discutido e aprovado no âmbito do Congresso e o que foi sendo de fato implantando ao longo dos anos seguintes à aprovação da legislação constitucional, segundo as diferentes conjunturas políticas e econômicas. Ao mesmo tempo, constata que, no mesmo período, a produção de documentos e normas legais do Executivo sobre saúde foi sempre muito maior do que o do Legislativo. Segundo a autora, no período compreendido entre 1990 e 2002, foram produzidos 761 documentos legislativos relacionados à saúde. No mesmo período, o Ministério da Saúde, entre portarias e resoluções, produziu 5.886 documentos, sendo que, desse número, 3.080 foram editados a partir de 1999. Essas portarias e outros documentos produzidos pelo Executivo deveriam, em princípio, ser subordinadas ao que tinha sido decidido no legislativo, isto é, à legislação constitucional e infraconstitucional (Lei n. 8.080 e Lei n. 8.142).

Entretanto, devido às características do poder exercido pelo Executivo, as portarias acabariam redimensionando o que tinha sido aprovado pelo parlamento. Assim, Baptista aponta diferentes modelos de políticas de saúde, segundo as diferentes conjunturas políticas, dentro da mesma legislação constitucional.

É claro que o encaminhamento dado pelo Executivo à política não chega a configurar uma nova proposta de saúde, isto é, sem referência ao aprovado no texto constitucional. Entretanto, as portarias não foram somente uma operacionalização do previsto na Constituição Federal e na Lei Orgânica, mas também um ajustamento dessas em relação aos campos político e econômico. O grupo reformista, dividido em suas duas vertentes, foi o principal mediador das políticas, em uma situação que poderia ser descrita como uma barganha entre os objetivos de legitimação político-partidária e o projeto reformista.

As divisões do movimento, no período anterior, sobre qual a estratégia mais adequada de implementação da reforma, continuam a existir durante o processo de implementação. A estratégia de implementação “por baixo” já tinha sido precursora do SUDS, na segunda metade da década de 80. O grupo ligado à estratégia de implementação “por cima” também já tinha participado do governo, ao ocupar cargos no Ministério da Saúde. Como se procurou mostrar, são os embates entre esses dois grupos que levam à realização da VIII Conferência Nacional de Saúde.

E, mesmo que a maioria dos seus integrantes tenha deixado as posições ocupadas no governo Sarney, isso não significa que eles tenham abandonado o projeto ou se distanciado dos “aparelhos do Estado”. De uma forma ou de outra – ocupando ou não cargos eletivos, em postos em instituições do governo federal, estadual, prefeituras, fundações, organismos internacionais – esses dois grupos se revezam à frente do Ministério da Saúde.

Baptista identifica esses dois grupos sob a denominação de “Executivo Saúde” e “Executivo Sanitário”. O primeiro, “advindo especialmente da tecnoburocracia do INAMPS”, defenderia a estratégia da “descentralização por baixo” e, para isso, buscaria uma “gradativa e progressiva passagem de poder para os estados, reforçando o caráter da regionalização e valorizando a experiência acumulada das políticas implementadas até aquele instante via MS e INAMPS”. O segundo, composto por integrantes do movimento ligado ao Ministério da Saúde, defenderia uma “descentralização pelo alto”, sob o comando do Ministério da Saúde e “implementada pelos municípios, principais executores do projeto reformista, apostando na democratização do processo decisório na composição da municipalização” (BAPTISTA, 2003, p. 183).

Esses dois grupos se revezaram à frente das políticas de saúde no período entre 1990 e 2002, de acordo com as diferentes forças políticas que ocuparam no Ministério da Saúde<sup>81</sup>. De uma maneira sintética, é assim que Baptista descreve o cenário de implementação:

Nos anos Collor, o projeto SUS sobreviveu no modo como o Executivo Saúde encaminhou a reforma, seja no debate legislativo na definição das leis orgânicas da saúde, associado à frente sanitária, na garantia dos princípios do SUS, seja com mudanças pontuais nas regras instituídas pela NOB 91. No governo Itamar [Franco na] associação mais estreita do Executivo Presidência com o projeto da saúde e no fortalecimento de um Executivo Sanitário que imprimiu um ritmo operativo à reforma frente a um cenário de racionalização e poucos recursos. Na gestão Jatene, na composição de uma reforma técnica liderada pelo Executivo Saúde e que constituiu as bases operacionais para o sistema, num contexto de explícita tensão com o Executivo Presidência na disputa por mais recursos para a saúde e no apoio à política de descentralização (NOB96). Na gestão Serra/Negri, na atuação de um Executivo Saúde que se utilizou das estratégias do Executivo Presidência, na definição de uma política de visibilidade para encaminhar a reforma e ampliar o acesso à saúde (BAPTISTA, 2003, p. 281).

É claro que a intermediação desses dois grupos é sempre feita pelas necessidades de legitimação política. No caso, o Executivo, que é quem apóia as iniciativas desses dois grupos, mas também impõe limites às propostas reformistas, existindo, portanto, “uma tensão constante entre reformistas” e o Executivo, entre os interesses de legitimação política os

---

<sup>81</sup> Baptista (BAPTISTA, 2003) denomina o poder político, ou seja, os dirigentes à frente do Estado, de “Executivo Presidência”; o “Executivo Saúde” seriam os grupos ligados, de uma maneira geral, à tradição do INAMPS; o “Executivo Sanitário” seriam os grupos ligados às idéias do sanitarismo desenvolvimentista.

“interesses de uma cúpula de Estado”, que “construíram um ideal de sistema” (BAPTISTA, 2003, p. 282).

Nessa disputa entre as duas facções da burocracia e o poder propriamente político é que foram implementadas as políticas de saúde configuradas no texto constitucional. O cenário é de recursos escassos, em um sistema já segmentado e dividido, no qual o setor privado continua a ser responsável por cerca de 55% dos gastos em saúde e o Estado aparece mais como o “segurador final” de todas as classes sociais.

No período compreendido entre 1990 e 2002, durante as gestões de Jatene e Serra à frente do Ministério da Saúde<sup>82</sup>, o “Executivo Saúde” - grupo ligado ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) – foi o principal mediador das políticas de saúde. O grupo ligado ao Ministério da Saúde (“Executivo Sanitário”), por sua vez, esteve à frente do Ministério apenas no período Itamar, ocasião em que foi extinto o INAMPS, cujos quadros técnicos foram incorporados ao Ministério da Saúde, principalmente pela Secretaria de Atenção a Saúde - SAS, do Ministério da Saúde<sup>83</sup>.

Na maior parte do período em questão, o Ministério da Saúde adotou um modelo de implementação centralizado, de acordo com a cultura organizacional do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Os antigos servidores desse órgão passaram a ser os mediadores das políticas do período. Isso não significou que os recursos tivessem permanecido centralizados no Ministério, mas que a descentralização de recursos ocorreu a partir dos critérios estabelecidos pelo órgão<sup>84</sup>. Para Baptista, “essa concentração decisória” se justificaria “pela imaturidade técnica e institucional de estados e municípios para assumir as condições de gestão” e se manteria “porque esses mesmos estados e municípios não se comprometem numa discussão mais efetiva sobre as prerrogativas e responsabilidades do processo de descentralização” (BAPTISTA, 2003, p. 283).

Essa forma de implementação, herdada da cultura administrativa do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), foi alvo de inúmeras análises e críticas por parte dos demais entes federados e do grupo ligado ao outro braço do movimento,

---

<sup>82</sup> Para Baptista: “Quem mediu os interesses do complexo da saúde foi o Executivo Saúde, que fundado na tecnoburocracia de Estado esteve submetido às regras estabelecidas pelo Executivo Presidência e o projeto político que lhe dava sustentação. O Executivo Saúde, de intenção reformista, encontrou nesse cenário um espaço restrito de atuação, onde o principal apoio foi o argumento técnico possibilitando a composição de políticas específicas mas uma baixa interferência na macropolítica, de interesse direto do Executivo Presidência” (BAPTISTA, 2003, p. 286).

<sup>83</sup> Não é por acaso que o INAMPS é extinto nesse período. Como já vimos, a transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde era uma antiga reivindicação dessa parte do grupo reformista.

<sup>84</sup> “A análise das portarias evidenciou que esse instrumento se configura como um elemento de controle e poder decisório pelo gestor federal, que induz a política, principalmente, a partir das regras de financiamento” (BAPTISTA, 2003, p. 283).

o “Executivo Sanitário”. De uma maneira geral, a principal crítica refere-se à forma de repasse dos recursos, condicionados à aplicação em atividades determinadas pelo Ministério da Saúde, que teria como consequência um excesso de portarias que, por sua vez, não seriam cumpridas tanto pela ausência de quadros técnicos nos estados e municípios quanto por dificuldades de ordem política e financeira.

Nada mais evidente do que o caso da saúde no Brasil para ilustrar a fraqueza do argumento que coloca as regras estabelecidas pelo sistema político como determinante nas formas que assumem os modelos de proteção social.

No caso da implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, as portarias que regulamentavam a organização do sistema a partir dos anos 90 simplificavam as leis, garantindo muito menos do que tinha sido definido nelas<sup>85</sup>. Em outros casos, uma legislação adicional era promulgada para garantir aquilo que já estava garantido na legislação existente. Foi o caso, por exemplo, dos medicamentos para AIDS, em que foi necessária uma lei para garantir a aplicação de uma outra lei.

O executivo não somente efetuou as leis definidas no Parlamento. Foi “igualmente propositivo e receptor de demandas, mas principalmente implementador, optando por ações concretas no rumo da política de saúde e nem sempre condizentes com as leis aprovadas no Legislativo, ou com dificuldade de respondê-las”. Nesse processo de implementação acabaria transparecendo “um distanciamento muito grande entre o que era discutido e aprovado no âmbito do Congresso para o que se implementava como política a partir do Executivo Saúde” (BAPTISTA, 2003, p. 22).

Além das portarias, que alteraram aspectos significativos da legislação, parte das demais leis aprovadas no Legislativo, embora formalmente apresentadas por um parlamentar, foram iniciativas do Executivo, o que aumentaria ainda mais as características de legislador do Executivo. Assim, a estrutura de intermediação de interesses tem no Executivo um dos principais interlocutores dos grupos de interesse:

Ou seja, existem diferentes formas de encaminhamento no Executivo das políticas aprovadas pelo Legislativo, com um diferencial de tratamento de leis que provém do Executivo, seja como autoria, seja como interlocutor com o Legislativo. O que parece ser uma constante é o fato de o Executivo assumir o papel de filtro das políticas propostas, onde o argumento técnico é um dos principais elementos para respaldar uma decisão de encaminhamento, mas não o único. Uma política insere-se

---

<sup>85</sup> “As leis apresentavam sistematicamente uma definição mais abrangente da política, o que é característico, e no caso da saúde, as leis avançavam muito mais em suas propostas do que aquilo que as portarias conseguiam regular. Ou seja, havia uma simplificação das leis no processo de operacionalização das portarias executivas” (BAPTISTA, 2003, p. 24).

num complexo jogo de interesses que tem no Executivo seu principal ator (BAPTISTA, 2003, p. 97).

O Executivo aparece como o principal articulador das políticas de saúde, buscando uma conciliação dos interesses dos estados, municípios, grandes planos de seguros privados e seus segurados, rede prestadora, trabalhadores do setor saúde, etc. Assim, o Executivo, longe de ser um ator que contracenava consigo mesmo -- tal como parece ser o caso nas descrições feitas por Faoro (1978) e Schwartzman (1988) --, deve fazer frente a esses interesses e à necessidade de legitimação política, que envolve um outro conjunto de interesses e tempos diferenciados<sup>86</sup>.

Essa forma de intermediação de interesses, longe da cartilha liberal clássica, representou um “novo modo de funcionamento da democracia representativa, no qual ocorre a criação de focos de expressão direta de grande interesses econômicos no interior da administração” e assim se instituiu uma interlocução direta com o Executivo. Não é surpresa constatar, portanto, que o grupo reformista tenha escolhido o Executivo, ou posições no Executivo, para tentar implementar o novo referencial. Essa forma de articulação de interesses não é novidade, já que, na década de 80, leis que tiveram enorme repercussão no setor saúde, como extinção das Superintendências Regionais do INAMPS, a instituição do SUDS entre outras, foram “elaborações e decisões do Executivo”, sem que o Parlamento tivesse sido consultado (LUCCHESI, 1989, p. 175).

Isso fez com que, no momento da implementação, ocorressem disputas difíceis de serem analisadas, já que aconteceram num âmbito corporativo, no qual as decisões e o jogo de influências não estavam ligados diretamente com o Parlamento.

Somente para fins analíticos, poderia-se dividir o período estudado em três momentos, quando os dois grupos se revezaram à frente do processo de implementação das políticas de saúde. A estratégia adotada para implementar as políticas, durante a maior parte da década de 90, foram as Normas Operacionais Básicas – NOBs, produzidas pelos quadros técnicos do executivo e “outorgadas” por meio de portarias, dentro da cultura organizacional do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

No início da década de 90, já estavam institucionalizadas as bases da nova política: o atendimento universal e integral, com base num modelo hierarquizado e regionalizado de

---

<sup>86</sup> “O que esses exemplos indicam é uma forma de composição do processo decisório onde o Executivo antecede e negocia, seja com os grupos de interesse reformistas, seja com as corporações, seja com os parlamentares individualmente, seja com a burocracia técnica, quais serão as regras do jogo, garantindo a priori a aprovação de suas leis” (BAPTISTA, 2003, p. 84).

atendimento, no qual os três entes federativos possuem funções específicas e compartilham responsabilidade.

É claro que esse tipo de arranjo introduziu uma série de outros problemas que perpassam também a implementação das políticas, mas que não serão objeto de análise nesse trabalho. De um lado, os estados que defendem uma forma de organização regionalizada dos recursos, alegam (a partir de alguns estudos) que as condições ideais para organização de um sistema de saúde seria a organização da saúde em torno de aglomerados com cerca de 300 mil habitantes. Dessa forma, a organização da saúde a partir de bases municipais seria inviável, tendo em vista que a grande maioria dos municípios brasileiros tem menos de 5.000 habitantes. De outro, os municípios, defensores da descentralização dos recursos, criticando os repasses condicionados feitos pelo Ministério da Saúde, o chamado dinheiro carimbado: o município recebe os recursos, mas eles devem ser obrigatoriamente utilizados em atividades determinadas pelo Ministério da Saúde. Como lembra Baptista (BAPTISTA, 2003, p. 177), a lei orgânica da saúde “afirma uma descentralização político-administrativa do SUS com ênfase na municipalização e numa forma de organização regionalizada e hierarquizada da rede de serviços”. Isso demandaria uma “cooperação entre os entes de governo”. Entretanto, a Lei Orgânica não teria apontado os “caminhos para uma prática de cooperação concertada entre essas três esferas de governo”.

Na verdade, os caminhos são sempre políticos, já que é impossível delimitar em lei todas as situações. Como lembra Jobert e Muller (1987), mesmo com regras detalhadas e minuciosas, existe sempre a possibilidade de uma nova interpretação, que acaba restabelecendo a variável política. Uma nova regra pode ser criada para esclarecer as possíveis lacunas de uma lei, mas aí se tem a multiplicação da legislação. Não seria essa uma das explicações para a quantidade de artigos do texto constitucional? Uma forma de tentar dobrar a realidade aos ideais políticos?

A Emenda Constitucional 29, que estabeleceu um percentual mínimo que cada ente federado deve gastar em saúde, mostra esse fenômeno com perfeição: o percentual mínimo para os estados é 12%. Eis que, para cumprir esse valor, o Estado do Rio Grande do Sul, no orçamento de 2005, considerou os gastos com o Instituto de Previdência do Estado – IPE – que, na verdade, é um sistema segmentado, reservado apenas aos servidores do Estado e seus dependentes. Esse tipo de arranjo (ou “jeitinhos”) tem sido também utilizado por outros estados, caso do Estado de Minas Gerais, que teria colocado na rubrica da saúde os gastos com o combate da febre aftosa.

Além disso, esse modelo não era coincidente com o projeto político que levou Fernando Collor à presidência da República<sup>87</sup>.

A Norma Operacional Básica (NOB) 91, produzida pelos quadros técnicos do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) - a que foi outorgado o poder de regular o repasse dos recursos por meio de uma portaria editada no final de 1990 (Portaria GM 1.481 de 31/12/1990) - reproduzia a cultura organizacional do próprio órgão. A NOB determinava que o repasse de recursos teria por base a produção de serviços apresentada por cada município no período anterior à promulgação da Norma, desconsiderando-se os critérios populacionais definidos na Lei n. 8.080.

Era, portanto, uma regra que privilegiava a produção ambulatorial e hospitalar e, naturalmente, sofreu severas críticas dos grupos reformistas, já que centralizava os recursos no Executivo. Além disso, não apontava para a constituição de um sistema regionalizado e hierarquizado, previsto na legislação, além de deixar os estados fora do processo, à medida que estabelecia uma relação direta com os municípios, esses últimos submetidos à condição de prestadores de serviço para o Ministério da Saúde (BAPTISTA, 2003).

Nesse período foram reorganizadas as sistemáticas de pagamento por meio da criação de um sistema informatizado de Autorização de Internação Hospitalar – AIH . Essas e outras medidas apontavam para mais do que uma sujeição do grupo reformista aos interesses do Executivo, já que esse aproveitava as brechas de poder para reorganizar essa parte importante do sistema, pois uma grande parcela dos serviços de saúde é executada por terceiros. As medidas adotadas demonstraram a existência de uma barganha entre os interesses políticos e os interesses reformistas do grupo ligado ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

Com o impeachment do presidente Collor, o grupo ligado ao “Executivo Sanitário”, que se expandiu no período e incorporou uma base de sustentação no movimento municipalista, assumiu a condução das políticas de saúde no governo de Itamar Franco. As principais medidas no período foram a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e a publicação da Norma Operacional Básica (NOB) 93 (BAPTISTA, 2003).

---

<sup>87</sup> O projeto político do presidente Collor e dos presidentes que o sucederam na década de 90 também não era coincidente com a Constituição de 1988. Tanto é assim que, durante o primeiro mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso, a Constituição foi “adaptada” por meio de um número significativo de emendas constitucionais.

A extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), que não era um consenso entre os reformistas, trouxe uma indefinição quanto aos recursos atrelados ao órgão que, depois, foram totalmente destinados ao custeio da Previdência Social. Houve, portanto, uma perda significativa de recursos. Os servidores daquele órgão - mais de 100 mil - foram, na sua maioria, “municipalizados” ou “estadualizados”, o que trouxe também problemas de outra ordem.

Apesar de o grupo ligado ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), ou seja, o “Executivo Saúde”, não ter participado diretamente das políticas de saúde do período, ele se manteve atuante no interior do Ministério da Saúde e cria as bases para as políticas da AIDS, da mulher e da saúde mental. A Norma Operacional Básica (NOB) 93 é obra, portanto, do grupo ligado ao sanitarismo desenvolvimentista, com base no Ministério da Saúde e seus órgãos, e busca recuperar a legislação constitucional, que tinha características municipalistas:

A expectativa desse Executivo era de ‘fazer cumprir a lei’ como se bastasse a vontade política dos dirigentes federais. Mas o diagnóstico setorial revelou obstáculos de muitas ordens que exigiam a composição de estratégias. O resultado foi a construção de uma política para a operacionalização do SUS que assumia o caráter gradual e progressivo, o que ficou impresso na estratégia da NOB93 (BAPTISTA, 2003, p. 200).

No período seguinte, com a eleição de Fernando Henrique Cardoso, o grupo ligado ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), agora extinto, mas integrado à estrutura do Ministério da Saúde, e à frente da Secretaria de Assistência a Saúde – SAS, reafirmou seu poder institucional e decisório. “A estratégia de condução foi ao estilo INAMPS, com uma tendência à racionalidade técnica e normatização”, ao mesmo tempo em que incluiu um componente de negociação e construção de estratégias de aproximação com os demais gestores (BAPTISTA, 2003, p. 201). A principal inovação do período foi a Norma Operacional Básica (NOB) 96, que buscava operacionalizar a legislação do setor.

Dessa forma, pode-se compreender as ações de José Serra como ministro da Saúde. Novamente, há a barganha entre os grupos reformistas e as necessidades de legitimação política de suas propostas. O grupo originário do INAMPS (“Executivo Saúde”) aceita algumas idéias introduzidas pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado – MARE, adaptando sua própria agenda às circunstâncias políticas e aos jargões do período: “reforma do Estado”, “gerencialismo”, etc.

Na metade dos anos 90, já no governo Fernando Henrique Cardoso, nas propostas de reforma do Estado, as proposições eram no sentido de reduzir a intervenção direta do Estado

na economia e, portanto, as sugestões de estruturação de um plano de carreira não tinham um grande atrativo junto às forças do período.

Uma das idéias principais do novo governo é a reforma do Estado. Para tanto, foi criado o Ministério da Administração e Reforma do Estado – MARE. As propostas do ministro Bresser Pereira buscaram um processo de desregulamentação e redefinição das atribuições tradicionais do Estado.

Não é necessário, neste momento, reproduzir todas as proposições de desregulamentação do período. Basta lembrar que as emendas constitucionais visavam a adequar a estrutura estatal e jurídica a um novo suposto padrão de desenvolvimento no qual o Estado, antes fonte de dinamismo e crescimento, teria se tornado a principal fonte de entrave ao crescimento (BRESSER-PEREIRA, 1997). O diagnóstico da crise do Estado e dos “remédios” a serem aplicados para solucionar os problemas decorrentes dessa crise foram reunidos em um texto de Bresser Pereira de 1995 – “Reforma do Estado dos anos 90: Lógica e Mecanismos de Controle” – que serviu de base para as propostas de modificações constitucionais dos anos subseqüentes. As sugestões de Bresser propunham uma “reconstrução do Estado”:

Reconstrução do Estado que significa: recuperação da poupança pública e superação da crise fiscal; redefinição das formas de intervenção no econômico e no social através da contratação de organizações públicas não-estatais para executar os serviços de educação, saúde, e cultura; e reforma da administração pública com a implantação de uma administração pública gerencial (BRESSER-PEREIRA, 1997, p. 16).

Se políticas propostas não pregavam um retorno a um Estado mínimo, como defende o autor no texto, elas também não defendiam o modelo universalista de assistência proposto pela Constituição de 1988:

Ao invés do Estado mínimo, a centro-esquerda social-liberal propôs a reconstrução do Estado, para que este possa - em um novo ciclo - voltar a complementar e corrigir efetivamente as falhas do mercado, ainda que mantendo um perfil de intervenção mais modesto do que aquele prevalecente no ciclo anterior (BRESSER-PEREIRA, 1997, p. 16).

Entre as iniciativas “ensaiadas” na década de 90 estava a adoção de uma espécie de modelo “inglês” de saúde. Nesse modelo, adaptado às condições brasileiras, o município centraria seu foco na atenção básica e serviria de triagem para os demais níveis de atenção. Segundo um documento publicado na época, caberia a cada município “montar um Sistema de Atendimento de Saúde integrado, hierarquizado e regionalizado para seus cidadãos a partir

da base municipal. Desse sistema faria parte o Subsistema de Entrada e Controle, constituído de Unidades ou Postos de Saúde”.

Esse método controlaria um Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar formado por ambulatorios e hospitais credenciados, que poderiam ser estatais, públicos não-estatais (filantrópicos) ou privados. A idéia era separar “com clareza, os dois Subsistemas, permitindo-se o controle do segundo pelo primeiro e, sempre que possível, o surgimento de um mecanismo de competição administrada entre os supridores de serviços de saúde” (BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1998, p. 15). Essa proposta, de alguma forma, guardava semelhança com o previsto na Lei Orgânica, ou seja, uma rede de assistência regionalizada e integrada.

Ao mesmo tempo, outras formas de atuação herdadas do Ministério da Saúde são recuperadas, como o campanhismo. Não se trata somente do predomínio de uma forma única de atuação, mas uma mescla de diferentes estratégias de atenção:

Nesse sentido, as políticas implementadas, no ritmo vertical e campanhista contribuíram na composição de uma imagem positiva da gestão Serra, principalmente as que tiveram forte impacto na melhora efetiva da população, garantindo o acesso a determinados serviços, como foi o caso das ações propostas nos mutirões de cirurgias eletivas (catarata, varizes, próstata, retinopatia diabética) ou nas campanhas nacionais para o controle ou combate a algumas doenças (câncer de colo uterino, hipertensão e diabetes). A estratégia reforçou da mesma forma a tendência para o desenho de múltiplas políticas contribuindo para a fragmentação excessiva (BAPTISTA, 2003, p. 221).

Assim, as políticas do período de 1997-2002 podem ser compreendidas como “a expressão de um arcabouço institucional e social”, sustentado por um grupo “mais fortalecido do que no início da década de 90, atuante na tecnoburocracia do Ministério e, principalmente, disposto a dar continuidade a um projeto claro de operacionalização da reforma”. Esse grupo tinha a seu favor o conhecimento técnico e “um diagnóstico concreto de suas mazelas e das possíveis alternativas a serem tomadas”. Possuindo o respaldo técnico, e sendo capaz de se articular com o Executivo, esse grupo deu “encaminhamento à operacionalização da NOB96” e definiu uma “estratégia da regionalização com vistas à ampliação do acesso (na atenção básica, na média e alta complexidade), tal como desenhado na NOAS 2001 (e reafirmado na NOAS 2002)” (BAPTISTA, 2003, p. 221).

De uma forma resumida e esquemática, essa pode ser uma das interpretações do processo de implementação das políticas de saúde nos anos 90. Pode-se entender como, apesar das emendas constitucionais - das reformas administrativas e outras iniciativas do

Executivo, que remodelaram o arcabouço constitucional proposto em 1988 - o marco legal do SUS permanece inalterado.

Ao que parece, essa situação deve-se à existência desse “burocracia sanitária”, que se articulou com outros burocratas, gestores municipais, estaduais e usuários, formando uma aliança que consolidou um foco de resistência a alterações no Sistema Único de Saúde –SUS. Entretanto, o fato desse grupo, com suas divisões, ter permanecido na intermediação das políticas entre Estado e poder político não significa que o projeto seja o referencial dominante no setor saúde, elas são dominantes e razoavelmente consensuais no âmbito do Estado. Apenas mostra a força daqueles agentes nesse âmbito específico, ou seja, sua força na arena das políticas públicas.

Alguém poderia argumentar que, apesar do marco legal, o que tivemos na prática foi o aprofundamento de um modelo residual, já que todos aqueles que puderam se “responsabilizar” por sua saúde foram absorvidos pelo mercado privado. “Em outras palavras, a explosão do setor supletivo de saúde é decorrência da absorção de uma demanda crescente de setores da sociedade que não estavam mais dispostos a desfrutar do serviço oferecido pelo poder público, vindo desta forma a ‘privatizar pelo afastamento’ um espaço público garantido por meio dos princípios universalistas na nova Constituição” (PEREIRA, 2003, p. 3).

De fato, com algumas reservas, poderia se concordar com o diagnóstico feito por Pereira, ou seja, o mercado de saúde suplementar se consolida com a as mudanças trazidas pelo novo referencial. Entretanto, apesar disso, o modelo proposto pelo grupo sanitaria é ainda hoje dominante nas políticas oficiais de saúde, muito embora permaneça como um modelo inconcluso e tenha colaborado, mesmo que de modo involuntário, para a consolidação de um mercado privado no setor.

#### **4.2. O gasto em saúde**

A implementação de um sistema de saúde universal supostamente seria acompanhada pelo aumento do gasto público em saúde, tendo em vista que o público atendido pelo novo projeto se amplia.

Embora o subfinanciamento do setor seja uma evidência, a determinação de quanto seria o gasto ideal é uma pergunta sem resposta:

Não há resposta objetiva para essa questão. É difícil e, de certo modo, inútil respondê-la. Em primeiro lugar, porque as aspirações humanas são ilimitadas e os recursos, por definição, finitos. Segundo, porque existem outras necessidades a serem atendidas e com as quais o sistema de saúde compete. Muitas dessas necessidades estão em áreas com repercussão direta na saúde, como educação, saneamento e previdência, esta responsável pela renda de subsistência de milhões de

brasileiros. E, em terceiro lugar, porque, a despeito da existência de instrumental epidemiológico para subsidiar decisões racionais na alocação intra-setorial (entre programas) de recursos, a partilha ‘entre setores’ é, invariavelmente, decidida segundo critérios políticos (VIANNA, 2003, p. 326-7).

Mas, mesmo que não se tenham estimativas científicas para determinar o gasto ideal em saúde, se constata que esses gastos possuem uma tendência de crescimento continuado, embora em ritmos diferentes segundo o país.

Tabela 1: Gasto com saúde em países selecionados, percentual do gasto em relação ao PIB (1960 – 2000)

Países	1960	1970	1980	1990	2000
RF Alemanha	4,7	5,5	7,9	8	10,6
Bélgica	3,4	4	6,6	7,5	-
Canadá	5,5	7,2	7,4	9,1	9,1
Espanha	2,3	4,1	5,9	6,6	7,7
EUA	5,2	7,4	9,2	12,7	13
França	4,2	5,8	7,6	8,9	9,5
Itália	3,3	4,8	6,8	7,5	8,1
Japão	2,9	4,4	6,4	6,5	7,8
Reino Unido	3,9	4,5	5,8	6,1	-
Suécia	4,7	7,2	9,5	8,8	-

Fonte: OMS e Silva<sup>88</sup>

As razões para esse incremento no gasto são diversas, entre elas se destacam três fatores: a incorporação tecnológica, os fatores demográficos e, não menos importante, as características especiais do mercado de saúde.

A incorporação tecnológica em saúde, geralmente, não é substitutiva, mas cumulativa. “Em outras palavras, o aparecimento de um novo procedimento diagnóstico ou terapêutico não dispensa, necessariamente, o uso de tecnologias mais antigas”. Além disso, “o emprego abusivo da tecnologia” levaria a uma “substituição da anamnese e do exame clínico dos pacientes por testes laboratoriais e diagnósticos por imagem” (VIANNA, 2003, p. 327). Essa incorporação tecnológica, induzida pela indústria e pelos profissionais de saúde, acaba por direcionar o gasto para a alta complexidade, o que tem como resultado um menor investimento nas demais esferas de atendimento.

<sup>88</sup> Os dados entre as décadas de 1960 e 1990 estão em Silva (SILVA, 2003, p. 45), já os dados de 2000 são da Organização Mundial da Saúde: [www.who.org](http://www.who.org)

O fator demográfico também é um elemento de pressão sobre as despesas em saúde, já que, com o envelhecimento da população, se tem um aumento das doenças crônico-degenerativas, que não podem ser resolvidas somente por medidas preventivas ou de estilo de vida. Nesse caso, o uso de recursos farmacológicos e tecnológicos é mais intenso e, portanto, o gasto se expande sem que necessariamente se tenha um incremento nos níveis de saúde pública.

A população mais idosa consome em torno de quatro a cinco vezes mais serviços de saúde que as demais. No caso do Brasil, esse segmento populacional, formado por pessoas com mais de 65 anos, que em 2000 era cerca de 6% da população total, será num futuro próximo, em 2020, 10,9% da população, ou um contingente de mais de 22 milhões de pessoas (VIANNA, 2003). Segundo Silva (2003a, p. 51), em países com a esperança de vida entre 60 e 72 anos, caso do Brasil, “pequenas variações nos gastos com saúde podem representar grandes variações na expectativa de vida; e por fim, nos países com mais de 72 anos de expectativa de vida, grandes variações nos gastos com saúde se traduzem em baixíssimas variações positivas na esperança de vida ao nascer”.

Ou seja, fatores tecnológicos e demográficos pressionam de uma forma contínua o setor, que se expandiu significativamente nas últimas décadas. Entretanto, isso explica apenas uma parte da expansão desse tipo de gasto, ou das diferenças de gasto entre países com perfis econômicos e demográficos semelhantes. Fatores organizacionais respondem por uma grande parte dessa expansão dos custos, ou pelo menos dos diferentes ritmos em que ocorre essa expansão, como a forma em que se divide o gasto entre público e privado e a posição da profissão médica dentro do sistema, como veremos.

Esses fatores organizacionais determinam a forma como o Estado regulamenta o mercado, que é fortemente induzido pela oferta. Vianna (2003) aponta uma correlação entre o aumento de leitos hospitalares, ou de profissionais, e as elevações dos gastos em saúde, tanto públicos quanto privados. Por todos esses motivos, nas últimas décadas, houve um aumento generalizado do gasto em saúde em todos os países.

#### **4.2.1. O gasto em saúde no Brasil**

Tentar se mensurar o gasto em saúde no Brasil ao longo de um período de tempo relativamente longo apresenta algumas dificuldades. Na maioria das vezes, tem que se utilizar mais de uma fonte. As diferentes fontes nem sempre utilizam a mesma metodologia, o que

resulta em diferentes valores para um mesmo período<sup>89</sup>. Ao invés de se utilizar uma única fonte, que dificilmente traz uma tabulação por um período mais longo, optou-se por utilizar mais de um autor e fazer essa ressalva.

A estatística é uma ciência exata, mas a utilização dos números quase sempre é atravessada pela disputas políticas entre os entes federados e outros agentes políticos. Dependendo do ângulo que se olha, o gasto pode ter aumentado ou diminuído.

Embora seja difícil avaliar os gastos em saúde ao longo de vários anos, pode-se dizer que o gasto no Brasil acompanhou as tendências de crescimento mundiais. No início da década de 60, o PIB alocado no setor saúde era em torno de 1%; em 1984, esse valor teria passado para 4% e, em 2003 seria de 7,6% do PIB (ROEMER, 1991; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Não foram encontradas informações capazes de fornecer um quadro comparativo entre o gasto público e privado na década de 60 ou 70. Na década de 80 temos informações consolidadas para ao período de 1982:

Tabela 2: Brasil: Estimativa do gasto total com saúde como proporção do PIB, segundo origem dos recursos (1982)

Setor	Tipo de gasto	% total	% do PIB
Público	Federal	6,8	0,27
	Estadual	12,4	0,50
	Municipal	5,4	0,22
	Previdência Social	46,9	1,87
	Total Público	71,5	2,86
	Planos de Empresas	6,3	0,25
Privado	Planos Privados	2,9	0,12
	Desembolso Direto	16,5	0,66
	Sindicatos e outros	2,8	0,11
	Total Privado	28,5	1,14
	Gasto Total em Saúde	100	4,00

Fonte: Roemer (1991b), nossa elaboração

Os dados acima foram compilados por Roemer (1991b) em três diferentes ministérios: Saúde, Educação e Previdência Social. Ao mesmo tempo, o valor alocado no item da

<sup>89</sup> As metodologias utilizadas (principalmente o que exclui ou se inclui como gasto) explicam a maior parte das discrepâncias.

“Previdência Social” está enquadrado como “gasto público”, embora naquele período os gastos da Previdência em Saúde fossem direcionados somente para um estrato específico da população: os trabalhadores do mercado formal<sup>90</sup>.

Na seqüência, apresentamos as estimativas da Organização Mundial da Saúde para 2003<sup>91</sup>.

Tabela 3: Brasil: Estimativa do gasto total com saúde como proporção do PIB e segundo origem dos recursos (2003)

Setor	Tipo de gasto	% total	% do PIB
Público	Federal	24	1,82
	Estadual	10	0,76
	Municipal	11,3	0,86
	Previdência Social		
	Total Público	45,3	3,44
	Planos de Empresas		
Privado	Planos Privados	19,6	1,49
	Desembolso Direto	35,1	2,67
	Sindicatos e outros		
	Total Privado	54,7	4,16
	Gasto Total em Saúde	100,00	7,60

Fonte: WHO e SIOPS<sup>92</sup>, nossa elaboração

Assim, o gasto público, em termos de PIB, permanece relativamente estável, passa de 2,86 para 3,44. Já a despesa privada passa de 1,14 para 4,16 do PIB. Isso em um período no qual ocorre a universalização da saúde. Nota-se também que o gasto dos municípios aumenta consideravelmente. Isso é resultado da nova divisão tributária inaugurada pela Constituição Federal de 1988.

Abaixo a arrecadação das três esferas de governo em um período próximo ao estudado.

<sup>90</sup> Será somente no período seguinte, na gestão de Waldir Pires, que a Previdência Social irá universalizar o atendimento a saúde, por meio de portaria específica.

<sup>91</sup> Números muito próximos são apresentados por Ugá e Santos (UGA; SANTOS, 2006) para o ano de 2002. Segundo as autoras, em 2002, o setor público responderia por cerca de 44% das despesas, os planos de saúde por 21% e os dispêndios diretos por 35%.

<sup>92</sup> A divisão dos gastos entre os entes federados foi feita a partir das informações de 2002 do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) (ABREU; BENEVIDES, 2004). Os dados utilizados pelo SIOPS e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006) utilizam diferentes metodologias e assim se teve que fazer uma adaptação (os dados do SIOPS estimavam um gasto público de 3,62% do PIB, já a Organização Mundial de Saúde estimou para o mesmo ano um gasto público de 3,44%)

Tabela 4: Brasil: participação do gasto público no PIB segundo receita disponível entre os entes federados (1960 - 1999)

Anos	1960		1980		1988		1999	
Esfera	PIB	% total						
União	11,1	64	18,5	75,1	15,8	70,6	21,7	68,2
Estados	5,5	31,2	5,4	22	6	26,5	8,4	26,3
Municípios	0,8	4,8	0,7	2,9	0,7	2,9	1,7	5,5
Total	17,4	100	24,6	100	22,5	100	31,8	100

Fonte: Orçamento União<sup>93</sup>

O dispêndio público social das três esferas de governo estava em torno de 19% do PIB, durante a maior parte da década de 90. Desse valor, cerca de 12% seriam gastos do governo Federal. Os demais 7% seriam divididos entre estados e municípios (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003a).

Até 1998, o gasto social Federal representava cerca de 12% do PIB. Nos anos seguintes avançou dois pontos do PIB. Em 2001, a despesa Federal representaria cerca de 14% do PIB (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003a).

Na composição dos gastos sociais, predominam os valores referentes à previdência social (65% na média da década, 69% em 2000), seguidos pelos de saúde (15% na média, 13% em 2000), educação (10% na média, 8% em 2000), trabalho (5% na média, 4% em 2000) e assistência social (2% na média, 3% em 2000) (SANTOS, 2001, p. 1).

Os investimentos em saúde “evoluíram de R\$ 12,8 bilhões em 1992 para R\$ 17,4 bilhões em 2000; o crescimento real acumulado foi de 48,6%; representou, em média, 8% dos gastos federais não-financeiros e 15,5% dos gastos sociais” (SANTOS, 2001, p. 2).

Entretanto, esse crescimento tem por base uma despesa federal em saúde que era, em 1992, em termos reais, 10% menor daquilo que se investia em 1982<sup>94</sup>. Assim, entre 1982 e 2002, em vinte anos, o gasto teria aumentado em 30%. Em termos de valores per capita, teria, portanto, existido até uma redução, já que a população no período cresceu muito mais do que esse percentual.

<sup>93</sup> Tabela adaptada de Mansur (MANSUR, 2001).

<sup>94</sup> Mansur, utilizando um coeficiente de índice 100 para 1980, aponta que o gasto federal era de 99 para 1982 e 89 para 1992 (MANSUR, 2001, p. 65).

Tabela 5: Brasil - Gasto federal em saúde corrigido segundo índice 100 de 1980 (1980-2002)

Ano	Índice 100 (1980)	Ano	Índice 100 (1980)
1980*	100	1992*	89
1981*	92	1993*	112
1982*	99	1994*	99
1983*	77	1995*	120
1984*	80	1996*	106
1985*	92	1997*	108
1986*	99	1998**	103
1987*	143	1999**	118
1988*	135	2000**	123
1989*	153	2001**	127
1990*	128	2002**	129
1991*	107	-	-

Fonte: Mansur\* (2001) e SIOPS\*\*<sup>95</sup>

A sobreposição de tabelas e números poderia ocupar um grande número de páginas. Para o objetivo deste trabalho, entretanto, é preciso esclarecer algumas questões.

Existe de fato um pequeno aumento no gasto público em saúde, entre 1982 e 2002, mas a grande expansão do setor acontece no setor privado.

O dispêndio se desloca do Governo Federal para os municípios, que tiveram seus recursos ampliados pela nova divisão do bolo tributário da Constituição Federal de 1988.

---

<sup>95</sup> Mansur (2001) utilizou as informações de Marques: *MARQUES, Rosa Maria, 1999. O financiamento do sistema público de saúde brasileiro. Santiago de Chile: CEPAL*, já Abreu e Benevides (ABREU; BENEVIDES, 2004) utilizaram dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), assim podem existir alguma discrepância entre o comportamento do índice entre 1998 e 2002.

Tabela 6: Brasil: Divisão dos gastos públicos em saúde segundo origem dos recursos em valores percentuais (1980-2003)

Anos	União	Estados	Municípios	Total
1980	74,8	17,84	7,36	100
1982	76,08	15,46	8,46	100
1987	84,23	7,57	8,2	100
1989	80,16	8,65	11,19	100
1991	76,03	13,41	10,56	100
1995	62,38	18,15	19,47	100
1999	61,81	18,4	19,79	100
2003	49,17	25,41	25,42	100

Fonte: Nossa elaboração<sup>96</sup>

É difícil imaginar que o setor público consiga expandir continuamente sua participação no PIB, como aconteceu nas últimas décadas.

Em valores percentuais do PIB, o Brasil não investe menos que os chamados países desenvolvidos. Mas isso não significa um grande volume de recursos, já que se trata de um percentual sobre um PIB modesto.

### 4.3. Uma interpretação dos impasses da implementação

A forma como é criado o novo referencial dominante no setor público de saúde no Brasil produz alguns impasses que, mesmo depois de mais de 15 anos do final da fase de institucionalização das regras dessa política, ainda não foram resolvidos, embora já prognosticados por alguns já naquele período.

Foi na implementação que a diversidade de interesses apareceu, já que tinham sido excluídos, ou se auto-excluídos, do processo de reforma sanitária. Ao lado dos interesses do setor privado em saúde, já plenamente consolidado desde a década de 70 - configurado no setor farmacêutico, equipamentos e planos de saúde - havia também as divergências da própria coalizão reformista, que não apareciam diretamente no debate durante o período da VIII Conferência Nacional de Saúde e da Assembléia Constituinte<sup>97</sup>.

<sup>96</sup> Entre 1980 e 1991 utilizamos Médici (2002), entre 1995 e 2003 a fonte foi Abreu e Benevides (2004) que utilizaram dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). As duas fontes não utilizaram a mesma metodologia, o impede uma comparação exata, mas permite uma visualização das tendências mais gerais.

<sup>97</sup> “As contradições surgiram no âmago da atuação dos próprios grupos que sustentaram a Reforma Sanitária e que integraram o movimento social em saúde. Cada um destes representava uma grande heterogeneidade na

Foi no momento da implementação também que as palavras de ordem do discurso reformista (a descentralização e a medicina preventiva como soluções para os problemas do setor), ligado ao Ministério da Saúde, foram postas a prova.

A descentralização estaria ligada, no discurso reformista, a uma ampliação da democracia e da superação do modelo centralizado do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) que, na análise da maior parte dos reformistas, seria gerador das relações de clientela e patronagem. O sistema imaginado pelo grupo reformista buscava superar essas relações por meio de um sistema de saúde descentralizado e fiscalizado por conselhos locais de saúde, que deveriam existir nos três níveis de governo. Essas teses descentralizadoras, nas décadas de 80 e 90, fizeram parte tanto da agenda política daqueles grupos identificados como pertencentes à esquerda quanto aos grupos ligados à direita do espectro político. Para Arretche (1997), essas idéias não se sustentariam nem do ponto de vista da lógica formal nem do argumento empírico.

Para a autora, a descentralização depende mais da natureza das instituições do que da escala, além do que, as relações de clientela, identificadas como sendo uma consequência do processo de centralização, de “pesadas estruturas burocráticas”, estariam ligadas à forma como se estabelecem as relações entre Estado e sociedade e não a um suposto efeito da centralização administrativa:

A centralização significa a concentração de recursos e/ou competências e/ou poder decisório nas mãos de entidades específicas no ‘centro’ (governo central, agência central etc.). Descentralizar é deslocar estes recursos do ‘centro’ e colocá-los em outras entidades específicas (os entes descentralizados). A primeira tem sido identificada como antidemocrática, na medida em que ensejaria a possibilidade da dominação política. Contudo, não existe uma garantia prévia - intrínseca ao mecanismo da descentralização - de que o deslocamento destes recursos implique na abolição da dominação. Deslocar recursos do ‘centro’ para subsistemas mais autônomos pode evitar a dominação pelo ‘centro’, mas pode permitir esta dominação no interior deste subsistema (ARRETCHE, 1997).

Essa possibilidade já tinha sido levantada por Campos (1988) na Revista Saúde e Debate, segundo o qual a descentralização poderia apenas deslocar os problemas do centro para a periferia.

Lembro, por exemplo, que freqüentemente a descentralização é referida como sinônimo de democratização. Equivalência que eu qualifico de singela, demonstrando que não pode haver uma dedução automática de que instaurado o

---

composição de seus membros, o que implicava em múltiplos interesses. Mas essa diversidade não era evidente no momento de formulação da política, o que é compreensível pelo papel de oposição que o movimento social em saúde, como um todo, sustentou em relação ao regime autoritário e às políticas de saúde predominantes no período”. Os problemas estavam diluídos e surgem somente no momento de “implementação da Reforma Sanitária” (GERSCHMAN, 1995, p.16).

processo de descentralização estaria, por isso mesmo, garantida uma gestão mais democrática dos serviços de saúde. Ou seja, estou afirmando que o processo de estadualização do INAMPS ou de municipalização da atenção básica não trarão sempre, ou sequer na maioria dos casos, garantia de que o sistema público deixará de ser gerido segundo interesses empresariais ou privatistas, excludentes da maioria dos usuários. Enfim, estou levantando uma tese, uma hipótese, segundo a qual não há antagonismo necessário entre um reordenamento descentralizado do sistema de saúde e a predominância das normas de mercado na ordenação da prática médico-sanitária (CAMPOS, 1988, p. 9).

Por sua vez, Costa (1996) argumenta que a discussão em torno da reforma sanitária reduziu “qualquer agência governamental de natureza nacional a instrumento da lógica decisória insulada do período burocrático-autoritário”, ao mesmo tempo em que, se considerou como democrático “tudo o que fosse referido às instâncias local, municipal e descentralizada”. Além disso, para o discurso reformista, a expansão da atenção médica previdenciária centrada no modelo curativo “não respondia às reais necessidades da população”, além de ser muito caro, o que acabaria por inviabilizar a expansão do modelo.

Para Costa, esse discurso teria simplificado “o problema das demandas sociais no campo da saúde” já que, nas últimas décadas, teria se consolidado um perfil de consumo que colocaria a atenção hospitalar e a alta complexidade como “necessidade social objetiva”. Para o autor, não importaria muito se essa demanda é resultado de uma “consciência colonizada pela cultura médica” ou pelas alterações no perfil de morbidade oriundo do envelhecimento da população (COSTA, 1996).

Independente do resultado desse debate, ainda em aberto, e mesmo que se assuma que as medidas preventivas possam resolver 80% das doenças mais comuns, ele não deixa de ser um modelo que enfrenta inúmeros obstáculos. Além do “efeito demonstração” de um sistema privado que continuou funcionando dentro do modelo de medicina curativa e, portanto, trazendo uma pressão sob o poder público para a incorporação de determinados procedimentos e tecnologias, geralmente os mais custosos, permaneceram os demais casos. São os hipotéticos 20% restantes, que não podem deixar de ser atendidos, já que se trata de um sistema universal e integral e que trazem um custo crescente ao sistema, pois esses procedimentos demandam o uso de tecnologias e insumos de alto custo.

Um exemplo é a questão dos medicamentos: no momento em que surge um novo medicamento ele será, quase que imediatamente, incorporado ao sistema de saúde, principalmente ao sistema público, a quem cabe constitucionalmente o fornecimento.

As conjunturas pós-constituintes são adversas à implantação de um sistema com as características do SUS. O ajuste fiscal, promovido nos anos 90, fez com que o gasto público

em saúde se mantivesse em patamares semelhantes ao da década anterior, justamente no momento que ocorre um aumento no número de beneficiários do sistema.

Assim, se produz uma “universalização excludente”: uma fuga dos segmentos melhor localizados na estrutura social em direção aos planos privados de saúde, mas que continuam a utilizar-se do sistema público para os casos de alta complexidade. Ao mesmo tempo, devido ao sub-financiamento, os demais usuários vêm-se confrontados com uma assistência precária e incapaz de resolver os problemas mais simples.

#### **4.3.1. Os medicamentos como um retrato dos impasses da implementação**

Eu chego no congresso agora, lá (..) tem um stand, uma exposição lindíssima do SESC, SESI e SENAI dizendo que a ação do patronato, da classe empresarial, uns stands lindíssimos não sei o que e tal. Porque os filhos da puta não têm responsabilidade de cobertura, nós temos responsabilidade de cobertura, a Previdência tem responsabilidade de, eu tenho que cobrir todo mundo, eu não posso cobrir um pedaço e dizer “o resto vai para a puta que pariu. O resto morra de fome, que se foda” (NORONHA, 198?).

A saúde tem marco legal universal, porém o gasto público representa somente cerca de 45% da esfera. Os impasses da implementação, portanto, estariam na ausência dos recursos. Se o Estado aumentasse sua participação no total de gastos, aparentemente se resolveria parte dos impasses. Mas, tendo em vista a divisão entre gasto público e privado, será que um aumento de recursos não seria “apenas” dividido entre os atuais “acionistas” do setor, mantendo-se a atual divisão dos gastos entre público e privado e, também, os problemas de acesso hoje existentes? De fato, desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde buscou redirecionar os gastos para a atenção básica (por meio do Piso de Atenção Básica – PAB) e para a implantação do Programa Saúde da Família (PSF):

[...] os gastos com a atenção básica passaram de R\$ 2,7 bilhões, em 1995, para R\$ 4,2 bilhões em 2001, crescendo 57,1%, enquanto que os gastos com a média e alta complexidade saíram de R\$ 11,4 bilhões, em 1995, para R\$ 12,1 bilhões em 2001, crescendo 5,7%; b) os gastos com atenção básica, que representavam 16,2% do OCC [Orçamento de Custeio e Capital] em 1995, passaram a representar 21,2% do OCC em 2001, ao passo que os gastos com a média e alta complexidade decresceram de 69,0% para 60,8% do OCC no mesmo período; c) considerando os anos extremos, a taxa de crescimento dos recursos destinados à atenção básica foi dez vezes maior que a dos destinados à média e alta complexidade, explicitando a opção política do Ministério (SANTOS; QUINHOES, 2003, p. 6).

Essa ênfase na atenção básica pode ser constatada no número de equipes de saúde da família entre 1994 e 2002: de 328 equipes, que assistiam a um milhão de pessoas em 1994, atingiu-se, em maio de 2002, 15.201 equipes que passaram a atender a mais de 50 milhões de pessoas. Essa política “deliberada do Ministério da Saúde para promover a expansão da

atenção básica, enquanto estratégia de mudança do modelo assistencial”, teria ocorrido concomitante à “expansão e modernização da média e alta complexidade”, que serviria de “retaguarda ao crescimento da atenção básica” (SANTOS; QUINHÕES, 2003, p. 6-16).

É inegável que desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) houve uma política deliberada para expandir programas como o de Saúde da Família. Isso tem continuado ao longo da década de 2000. Entretanto, cabe perguntar quais são os limites impostos pelo atual modelo à expansão dessas políticas. A tabela abaixo mostra os investimentos em percentuais entre 1994 e 2002<sup>98</sup>.

Tabela 7: Brasil: Gasto Federal em saúde na atenção básica, média e alta complexidade, em valores percentuais (1994 – 2001)

Tipo de Gasto	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
1 – Atenção Básica	10,5	10,5	12,0	13,5	15,6	15,6	16,1	17,7
1.1 – PAB fixo	7,5	8,0	7,5	8,9	8,7	7,6	6,8	6,7
1.2 – PACS / PSF	0,5	0,8	0,9	1,2	1,6	2,9	3,7	4,6
1.3 – Carências Nutricionais/Bolsa Alimentação	0,9	0,2	0,5	0,3	0,7	0,7	0,7	1,7
1.4 -Farmácia Básica/Hipertensão/Diabetes	0,0			0,2	0,6	0,7	0,6	0,6
1.5 -Vacinas e Vacinação	0,7	0,9	1,0	1,0	1,3	1,2	1,3	1,2
1.6 -Combate às Endemias	1,0	0,6	2,2	1,9	2,7	2,6	3,0	3,0
1.6.1 -Ações Descentralizadas -FNS	0,0		0,6	0,6	0,9	1,5	2,0	2,0
1.6.2 -Ações Centralizadas -FUNASA	1,0	0,6	1,5	1,3	1,8	1,1	0,9	1,0
2 -Média e Alta Complexidade	44,9	51,2	47,3	42,8	47,7	47,7	46,2	45,4
2.1 – SIA / SUS – AIH	41,2	46,6	43,5	39,3	44,2	44,7	43,4	42,7
2.2 -Hospitais Próprios	3,7	4,5	3,8	3,5	3,6	3,0	2,7	2,6
3. Orçamento de Custeio e Capital	44,5	38,3	40,7	43,7	36,6	36,7	37,7	36,9
3.1 Outros (Custeio e Investimento)	9,7	8,0	9,4	10,2	13,6	14,1	13,5	14,7
3.2 Pessoal e Encargos Sociais	25,3	26,7	21,3	20,7	21,3	21,3	18,7	17,1
3.3 Dívida Externa / Interna	9,2	3,5	9,5	12,1	0,8	0,7	0,9	1,6
3.4- Saneamento Básico	0,4	0,2	0,5	0,7	1,0	0,7	4,6	3,5

Fonte: Ministério da Saúde<sup>99</sup>

<sup>98</sup> A tabela foi construída a partir dos orçamentos do Ministério da Saúde, atualizados pelos gastos de 2001. Portanto, tratam de despesas já deflacionadas. Apenas no ano de 2002 é que foram utilizados os valores nominais. No item 3.1 da tabela estão incluídos também os gastos com medicamentos excepcionais e AIDS.

<sup>99</sup> Elaborada a partir das informações de Santos e Quinhões (2003).

Como se percebe, o gasto com os programas como o de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF), que totalizaram 0,5% do orçamento total do Ministério da Saúde em 1994, passaram a representar 6,7% em 2001. Mas o setor de Alta e Média Complexidade nunca deixou de representar em torno de 45% do total de gastos do Ministério da Saúde. É claro que o PAC/PSF é um programa conjunto entre os três entes federados, mas isso não modifica o fato de que grande parte dos recursos estão direcionadas para a Alta e Média Complexidade<sup>100</sup>.

Assim, essa política tem limites muito claros de expansão. Ou ela irá ocorrer pela injeção de novos recursos ou pela redução dos gastos destinados a outros setores. Municípios, hospitais, prestadores e servidores pressionam por mais recursos para o setor. Empresários pressionam por mais investimentos e corte de gasto público. Alianças conjunturais unem prefeitos contra governadores e os dois grupos contra a União.

Estabelece-se uma dinâmica social que faz com que cada avanço do setor público possa ser revertido, o que conduz a uma crise permanente, com momentos de maior ou menor intensidade. Essa dinâmica pode ser vista na “questão dos medicamentos”, que mostram bem os impasses da implantação de um modelo de saúde universal dentro de um país como o Brasil, no qual existe uma divisão entre público e privado que se orientam por lógicas distintas.

Em 1998, o Brasil figurava entre os dez maiores mercados de medicamentos no mundo, com uma participação na ordem de 1,5 a 2% do mercado mundial. A indústria dos medicamentos no Brasil empregava, em 1996, cerca de 47 mil pessoas. Esse subsetor da saúde era constituído por 480 empresas, entre produtores, indústrias quimiofarmacêuticas e importadores e 45 mil farmácias -- essas farmácias comercializavam na época cerca de 5.200 produtos em 9.200 apresentações (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1998). O subsetor de medicamentos representa cerca de 1,6% do PIB brasileiro, ou no setor saúde no Brasil, cerca de 20% dos gastos com saúde. Observa-se que o gasto público na saúde se situa na faixa de 3,4% do PIB. Assim, 20% de 115 bilhões totalizam um mercado de medicamentos na ordem de 23 bilhões de reais, considerando que o orçamento global do

---

<sup>100</sup> “A média e alta complexidade compreende tanto procedimentos ambulatoriais quanto hospitalares. Na média complexidade incluem-se, entre outros: cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumatológico-ortopédicos, patologia clínica, radiodiagnóstico, exames ultra-sonográficos, órteses e próteses, anestesia, hemodinâmica, terapia renal substitutiva, radioterapia, quimioterapia, ressonância magnética, tomografia, hemoterapia, medicamentos excepcionais. Na alta, além das internações hospitalares de qualquer natureza, incluem-se os partos e vários tipos de cirurgias, das mais simples às mais complexas (como cardiológicas, neurológicas, oncológicas, entre outras)” (SANTOS; QUINHOES, 2003, p. 2).

Ministério da Saúde, conforme a tabela anterior, seria sido de 28 bilhões, o valor representaria cerca de 82% do orçamento global e 100% do orçamento de Custeio<sup>101</sup>.

Dessa forma, se o Governo Federal fosse cobrir todos os gastos com medicamentos exauriria todos os recursos do Ministério. É claro que isso na realidade não acontece. Não existe a disponibilidade de medicamentos, mesmo para aqueles que utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS). Existem alguns medicamentos e programas específicos, como para diabetes e hipertensão (HIPERDIA), saúde mental, entre outros. Mesmos para esses, a continuidade muitas vezes não existe, já que depende de recursos dos três entes federados.

Entre os medicamentos, existem aqueles que são geralmente denominados de “excepcionais”, ou de alto custo, além dos medicamentos para a AIDS. Durante a década, diversas portarias regulamentaram verba específica para esses medicamentos<sup>102</sup>.

Atualmente, a tabela de medicamentos excepcionais contempla 105 substâncias ativas em 220 apresentações<sup>103</sup>.

Na tabela abaixo, há alguns números dessa política e também de gastos do Governo Federal em outros tipos de medicamentos.

---

<sup>101</sup> Foram utilizadas as estimativas de gasto com medicamentos de Kilsztajn, Camara e Carmo (2002), aplicando o mesmo percentual sobre as estimativas de despesa total em saúde para 2002, feitas por Ugá e Santos (2006). Os dados da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006) serviram para estimar o % do PIB gasto com saúde. O Orçamento do Ministério da Saúde para 2002 foi transcrito de Santos e Quinhões (2003).

<sup>102</sup> O gerenciamento dos medicamentos excepcionais, antes feito pelo antigo INAMPS, passou para a responsabilidade dos estados a partir de 1991. Inicialmente, não havia previsão de ressarcimento das despesas dos estados pelo governo Federal. Posteriormente, durante esta mesma década, por pressão dos usuários do sistema, essa lista vai se ampliando. Em 1998, é aprovada a Política Nacional de Medicamentos, que estabeleceu diretrizes à reorientação da assistência farmacêutica, que entre outras coisas, incluía a garantia de acesso da população aos medicamentos de custos elevados para doenças de caráter individual. Portaria de julho de 1999 regulamentou o uso dos recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC e determinou que a Terapia Renal Substitutiva fosse financiada com recursos daquele fundo. A Portaria GM/MS nº 1310, de outubro de 1999, criou a Comissão de Assessoria Farmacêutica à SAS, com representantes desta Secretaria, de outras instâncias do MS e também de representantes do CONASS e CONASEMS. No ano de 2000, a Portaria GM/MS nº 1481 estabeleceu a inclusão no FAEC de todos os recursos do MS destinados a medicamentos excepcionais (BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2004).

<sup>103</sup> O Grupo 36 (Medicamentos excepcionais) é decorrente da publicação da Portaria GM/MS nº 1.318, de 23 de julho de 2002, complementada pela Portaria SAS/MS nº 921, de 22 de novembro de 2002 que, juntas, contemplam 105 substâncias ativas em 220 apresentações. O aumento no número de medicamentos foi justificado pelo MS como decorrente da possibilidade financeira frente à desoneração tributária com a qual esses produtos estavam sendo contemplados, que, segundo o CONASS, não teria produzido os efeitos esperados. Além disso, conforme o CONASS, uma série de demandas judiciais obriga as secretarias estaduais a fornecer outros medicamentos em caráter excepcional e até de substâncias novas, as quais, muitas vezes, não tem ainda sua comercialização autorizada no Brasil (BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2004).

Tabela 8: Brasil: Gasto federal em medicamentos, valores nominais e em milhares de reais (1999 – 2004)

Tipo de gasto	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Estratégicos (inclusive AIDS)	610,4	682,3	683,1	997,1	1379	1538,1
Assistência Farmácia Básica	124,2	164,2	166,7	166,2	173,9	192,9
Excepcionais (Alto Custo)	188,5	366	439	489,5	519,7	763
Saúde Mental	1,8	22,2	24,4	29,4		
Medicamentos Coagulopativos				273,1	112,4	208
Medicamentos Hospitalais				560,8	703	882
Total	924,9	1234,7	1313,2	2516,1	2888	3584

Fonte: Ministério da Saúde<sup>104</sup>

Somente os medicamentos para AIDS representaram entre 1999 e 2004, em média, 78% dos gastos com o item “estratégicos”, ou 38% de todos os gastos do governo Federal com medicamentos. O programa atendia 73 mil pessoas em 1999 e 147 mil em 2004 (GRANGEIRO et al., 2006).

Portanto, se for considerado o dispêndio em saúde estimado para 2002, e a despesa em medicamentos na faixa de 20% do setor saúde, se teria um gasto federal de 2,5 bilhões em um mercado de 23 bilhões, ou cerca de 10% do setor.

Como existe o direito universal, inclusive para medicamentos e os medicamentos excepcionais e estratégicos constituem os elementos mais caros, parece evidente que a expansão do setor vai ser nessa ponta do sistema. Entre 1999 e 2004, em valores nominais, houve um aumento de 388% no gasto do Governo Federal.

Pacientes de planos privados ou de médicos particulares podem ir ao setor público e “trocarem” a receita e depois se inscreverem no programa de medicamentos excepcionais. Muitos não fazem isso hoje, por causa das filas e transtornos, além da falta crônica desses remédios. Se o governo investir mais recursos, a fila diminui, mas vai aumentar no período seguinte, devido à transferência desses pacientes do setor privado para o público.

De outra forma, novos medicamentos são lançados cotidianamente, o que pressiona o setor público a fornecer essas novas substâncias, já que o direito à saúde é universal. Não são raros os casos de pacientes que ingressam judicialmente contra o Estado visando a garantir o

<sup>104</sup> Valores presentes em Freitas e Restitutti (FREITAS; RESTITUTTI, 2004) e Rech (RECH, 2005)

direito constitucional de receber o medicamento constante na lista de medicamentos excepcionais ou para receber um medicamento que não consta na lista<sup>105</sup>.

Ao mesmo tempo, a chamada “ambulancioterapia”, ou seja, a prática de transferir um paciente de uma cidade para outra, se repete entre os estados para a realização de procedimentos mais complexos<sup>106</sup>.

Por sua vez, médicos receitam as drogas que acreditam serem as mais benéficas para seus pacientes, não importando o preço:

A eficácia da dupla Ilomedin-Viagra foi constatada pela cardiologista Gisela Meyer, da equipe de transplante pulmonar do Pavilhão Pereira Filho, do Complexo da Santa Casa. Ela sabe do preço da receita, mas observa que não há alternativa nas farmácias e deve honrar o juramento de salvar vidas. Lamenta a perda de 30 pacientes, desde 2000, por falta do Ilomedin. Um deles, de 17 anos, morreu na UTI, os braços abertos, à espera do ar que não vinha. Chamada no domingo à noite, a médica lembra que o adolescente balbuciou "Não consigo respirar", até se asfixiar. - Cada um tem o seu papel na sociedade. O meu é ajudar os pacientes - ressalta Gisela, cuidando de 200 com hipertensão pulmonar (MARIANO, 2004c)

Portanto, um pequeno número de pessoas pode se beneficiar do acesso aos medicamentos.

No início de 2003, o Governo Federal iniciou uma política de implantação das “Farmácias Populares”, que seriam estabelecimentos para comercializar uma gama específica de medicamentos (em torno de 100) com preços menores do que no mercado. Essa redução de preço seria obtida pela compra centralizada, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz, de medicamentos produzidos nos laboratórios oficiais e no mercado privado.

Teoricamente, a compra centralizada de uma grande quantidade de produtos dos laboratórios privados traria uma redução no preço. Caberia aos municípios criarem e manterem as unidades locais e repassarem o dinheiro da venda para a Fundação Oswaldo Cruz que se encarregaria de toda a logística e do fornecimento dos equipamentos e padronização das Farmácias Populares.

A reação de parte do grupo ligado ao movimento sanitário e da oposição ao Governo Federal foi contrária. Já existiria uma previsão constitucional de que o Estado teria “o dever

---

<sup>105</sup> No Estado do Rio Grande do Sul, de 1999 até fevereiro de 2004, “8,5 mil pacientes entraram com ações judiciais contra a Secretaria Estadual da Saúde (SES), pedindo medicamentos excepcionais para tratar suas enfermidades. Como a SES se recusa a fornecer remédios fora da lista, pacientes estão batendo às portas do Poder Judiciário” (MARIANO, 2004).

<sup>106</sup> “Vítimas de hipertensão pulmonar de Estados como Amazonas, Ceará, Mato Grosso, Paraná e Santa Catarina também correram para Porto Alegre. A cardiologista Gisela Meyer, da equipe de transplante pulmonar da Santa Casa, diz que metade dos atuais 200 pacientes vem de fora. Alguns chegam sem poder caminhar, conectados a respiradores artificiais. Também ouviram a sentença de que não encontrariam salvação nos seus Estados” (MARIANO, 2004).

de assegurar o direito de todos os cidadãos ao acesso integral e gratuito a todos os serviços de saúde - aí incluídos a atenção básica de qualidade, a assistência ambulatorial e hospitalar e o acesso a medicamentos”. Entretanto, diante do quadro atual de restrições orçamentárias, “seria impossível ao SUS ofertar gratuitamente as mais de 13 mil apresentações de remédios presentes no mercado”. Assim, a solução seria a política anterior, “que organiza a política de assistência farmacêutica em três planos: A farmácia básica; os medicamentos de alto custo; e os programas estratégicos (aids, diabetes, hipertensão)”. Dessa forma, o “caminho do avanço” seria “o fortalecimento desses programas”, porque “a segmentação do sistema” colocaria “em xeque os princípios da universalidade e da equidade” e também haveria evidências de que um “sistema focado exclusivamente nos mais pobres tenderá a ser sempre subfinanciado e a ofertar serviços de menor qualidade” (PESTANA, 2005).

Nessa visão, o Sistema Único de Saúde (SUS) não poderia criar as “farmácias populares”, porque elas seriam uma espécie de focalização. A solução seria o fortalecimento do programa até então existente, que não deixava de ser uma focalização, já que o Estado se ocuparia dos dois lados do sistema: a farmácia básica e os remédios de alto custo. Não estaria se reproduzindo o modelo segmentado por outros caminhos?

#### **4.4. O mercado de saúde “suplementar”**

E a gente atende o fodido, quem vem para o serviço do INAMPS é a faixa de menos de cinco salários, não é acima disso, acima de cinco está na medicina de grupo da empresa, está na Golden Cross, (...) Está no seguro saúde. Quem reclama, quem vem reclamar é a classe média que vem pedir marca-passo, para dar marca-passo, esses planos não cobrem essas porras. Vêm bater aqui. Outro dia telefonou um ministro importante (...) estava comentando isso assim com a Mariana, porque a Mariana administra a parte da clientela. Aí eu disse “Mariana, você já se deu conta de quantos deputados ou senadores me ligaram para me pedir para mandar assim” (...) Todo mundo que pediu podia pagar. Alguns com alguma dificuldade, eventualmente, é classe média, não sei o quê, mas ninguém, ninguém pediu para o miserável. Nós atendemos os miseráveis, não tem jeito, então não reclama, reclama pouco mesmo (NORONHA, 198?).

Segundo Mendes (2001, p. 73), “ao contrário do que a expressão sistema único dá a entender, no Brasil vige um sistema plural e segmentado”. Porém, diferente do entendimento de Mendes, o sistema de saúde suplementar no Brasil, um dos segmentos do setor saúde, não é um sistema fechado e incomunicável com as demais partes do setor. “Na prática, a separação entre sistema privado e público existe para os clientes exclusivos do SUS” (BAHIA, 1999, p. 48), já que aqueles que estão inseridos no mercado de saúde privado participam também das modalidades de atendimento público. O sistema de saúde suplementar se consolida e se fortalece com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, já que esse último funciona virtualmente como o grande segurador de todo o processo, absorvendo todo o

custo da alta complexidade, os transplantes, o tratamento da AIDS e de medicamentos excepcionais, entre outros.

Embora esse sistema se expanda e se consolide, ganhando evidência na década de 90, não se pode dizer que ele seja um resultado do Sistema Único de Saúde – SUS.

Alguns dos atuais esquemas assistenciais coletivos privados, baseados na captação de recursos de empresas empregadoras e seus empregados destinados ao financiamento de uma assistência médico-hospitalar adicional àquela organizada pelo Estado, foram criados nos anos 40 e 50. Exemplos disso são: 1) no setor público: a implantação da Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi) e a assistência patronal para os servidores do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (atual Geap) e, mais tarde, a inclusão da assistência médico-hospitalar aos benefícios oferecidos aos empregados das recém-criadas empresas estatais; 2) no setor privado: os sistemas assistenciais privados que acompanharam a instalação da indústria automobilística, particularmente das montadoras estrangeiras. Uma terceira alternativa, em torno da estruturação de sistemas assistenciais destinada exclusivamente aos funcionários estaduais, não cobertos pela Previdência Social, surgiu a partir dos anos 50 configurando a face civil dos serviços de saúde exclusivamente destinados a servidores públicos com regimes próprios de previdência (BAHIA, 2001, p. 331).

O primeiro ciclo de expansão do empresariamento dos serviços de saúde no país é impulsionado pela Previdência Social, a partir da reforma de 1967. No âmbito privado, se observa a ampliação dos serviços próprios das empresas, ao passo que o setor público mantém sua estrutura de atendimento diferenciado. A unificação não impediu a persistência de três regimes de proteção social diretamente vinculados ao financiamento público e que, de algum modo, ampliaram a sua legitimação: o sistema de assistência dos servidores federais, os planos de assistência das grandes empresas estatais e os mecanismos de assistência para os trabalhadores rurais. Para a parte mais dinâmica desses três grupos, se viabilizou uma assistência médica sobreposta à Previdência Social por meio de isenções fiscais<sup>107</sup> (BAHIA, 1999).

Durante as décadas de 70 e 80 já estava estabelecido um segmento privado que tinha se expandido e consolidado como resultado dos incentivos do poder público<sup>108</sup>. Esse

---

<sup>107</sup> Além das deduções fiscais concedidas às as pessoas jurídicas, existe a possibilidade das pessoas físicas deduzirem integralmente os valores gastos em saúde. Somente para dimensionarmos esses valores, basta mostrar que “benefícios tributários da Receita Federal, as deduções do rendimento tributável de pessoas físicas nos anos de 1998 somaram 929,555 milhões de reais (0,099% do PIB), tendo saltado para 1,168 bilhão em 2000 (0,11% do PIB) e para 2,338 bilhões em 2002 (0,18% do PIB)” (GERSCHMAN; SANTOS, 2004, p. 803).

<sup>108</sup> Segundo Bahia, “a marca das décadas de 1960 e 1970 é a constituição de redes de serviços privados contratadas pelo Estado e aquelas em torno do mercado de compradores institucionais privados”. Será esse setor que, na década de 80, irá crescer e se fortalecer, concomitante, à criação do Sistema Único de Saúde – SUS e, em parte, também derivado das condições criadas pela criação do sistema. Ainda segundo a autora, no início da década de 80, a “quantidade de clientes de planos de saúde, registrada pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) e pela Federação das Unimed’s (cerca 15 milhões) era bastante considerável (não estão contabilizados os clientes de planos próprios), sinalizando a persistência e consolidação das empresas de planos de saúde”. A ausência de fontes mais confiáveis para o setor naquele período, além da “intensificação da

crescimento do setor suplementar se acelerou como resultado da implementação do Sistema Único de Saúde – SUS diante de um cenário de subfinanciamento<sup>109</sup>. Muito embora algumas estimativas de crescimento do setor no período pós-constituinte sejam exageradas, é inegável que o setor de saúde suplementar duplicou de tamanho no período que se seguiu à criação do Sistema Único de Saúde - SUS<sup>110</sup>.

Além dos incentivos fiscais já citados, uma outra importante forma de capitalização é a existência de um sistema público, antes representado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e depois substituído pelo Sistema Único de Saúde - SUS, que cobre os riscos catastróficos. As seguradoras privadas cobrem apenas parte dos riscos de saúde e deixavam ao setor público a responsabilidade pelos riscos catastróficos. O serviço público atende aos riscos associados a doenças infecciosas e relacionados aos estilos de vida. Já as operadoras de planos de saúde preferem os pequenos riscos, as consultas, as pequenas intervenções cirúrgicas ou internações. Enfim, os tratamentos de menor custo terapêutico (BAHIA, 1999). Dessa maneira:

No Brasil, as instituições privadas de seguros e os planos de saúde estão estreitamente relacionadas à forma da intervenção estatal e societal para a gestão de riscos de despesas médicas para os trabalhadores. Ou seja, pelas alternativas adotadas para a externalização e transferência dos riscos de adoecimento das famílias e comunidades para as instituições da esfera pública. Entre nós, duas alternativas de transferência dos riscos de adoecer foram acionadas ao longo da constituição do sistema de saúde. (...) Ao longo do tempo, a forma de provimento de serviços pelas empresas empregadoras se manteve como uma alternativa adicional às políticas públicas. Ou seja, a absorção de determinados riscos de assistência à saúde pelas empresas resistiu e até se expandiu simultaneamente às políticas de transferência de riscos de saúde ao Estado (BAHIA, 1999, p. 96).

A forma em que ocorre essa transferência dos custos catastróficos do setor privado para o público é delimitada pelo papel desempenhado pelos hospitais e pelos médicos na prestação dos cuidados em saúde. No caso dos hospitais, uma grande parte deles se credencia

---

comercialização de planos individuais” e também da “entrada de grandes seguradoras no ramo saúde, adesão de novos estratos de trabalhadores, particularmente, funcionários públicos da administração direta, autarquias e fundações à assistência médica supletiva”, no período posterior à Constituição, fez com que o setor tivesse uma maior visibilidade (BAHIA, 2001, p. 332.).

<sup>109</sup> A profunda crise de financiamento experimentada pelo SUS na fase inicial de sua implementação, que precarizou as condições de oferta de serviços públicos, facilitou a expansão do sistema privado de planos e seguros de saúde, alimentado pela migração dos trabalhadores do mercado formal de trabalho, subvencionados pelos empregadores (SILVA, 2003, p. 25).

<sup>110</sup> Os números sobre o crescimento do setor privado são por vezes descontraídos. Medici afirma que: “Entre 1987 e 1996, o mercado de seguro médico quase duplicou sua cobertura populacional e aumentou sua base de financiamento em oito vezes” (MEDICI, 2002, p. 19). Já para Bahia (BAHIA, 2001), em período semelhante, entre 1987 e 1998, o número de operadoras e seguros de saúde teria triplicado, ao mesmo tempo em que o número de clientes teria crescido em 70%.

ao Sistema Único de Saúde – SUS, especificamente para poder se utilizar dos serviços de alta complexidade patrocinados pelo sistema público.

Outra característica do mercado de planos privados é que, no Brasil, ele não é homogêneo e voltado apenas para um grupo seletivo do segmento social. A maior parte da carteira dos clientes dos planos de seguros privados é formada por seguros de empresas, isto é, os beneficiários estão ligados ao plano, segundo sua inserção no mundo do trabalho. A preferência das seguradoras recai sobre as apólices e contratos coletivos, o que minimiza os riscos para as seguradoras. Em torno de 75% dos clientes de seguros privados estão vinculados a contratos empresariais.

Finalmente, apesar do expressivo número de operadoras de planos de saúde, “três cooperativas e quatro seguradoras possuem acima de 300.000 clientes. A grande maioria das medicinas de grupo e Unimed’s é de pequeno porte e propicia coberturas contratualmente bastante homogêneas por meio de redes de serviços bastante diferenciadas e localizadas”.

Assim, não se pode dizer que o sistema de saúde é constituído simplesmente por dois blocos: um privado e outro público. O sistema privado é formado por vários subsistemas, que variam segundo características regionais e organizacionais que, por sua vez, estão ligadas a variáveis econômicas e políticas. De acordo com o porte da empresa e também a sua localização geográfica, os planos podem ser básicos ou oferecer uma maior gama de serviços (BAHIA, 2001).

#### **4.4.1. O tamanho do setor**

Esse mercado, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em junho de 2004, possuía 38.614.135 segurados e movimentaria em torno de 20 bilhões de reais (dados de 2003). Esses 38 milhões de segurados estão distribuídos entre 1.790 operadoras de planos de saúde, conforme a tabela abaixo:

Tabela 9: Mercado de saúde suplementar no Brasil: número de Operadoras, usuários e participação das operadoras no mercado (2004)

Número de operadoras	Número de usuários	% do mercado de saúde suplementar
3	4.941.091	12,8
4	3.294.999	8,5
8	3.639.140	9,4
13	3.641.765	9,4
25	3.884.796	10,1
41	3.767.184	9,8
66	3.906.283	10,1
113	3.820.274	9,9
230	3.866.556	10,0
1.287	3.852.047	10,0
1.790	38.614.135	100,0

Fonte: ANS<sup>111</sup>

A partir da tabela podemos perceber que, das 1.790 operadoras existentes, apenas 53 empresas, ou menos de 3% do mercado de operadoras, concentram mais de 50% dos clientes. Para Costa (2004), os dados da ANS, mostram que existe um mercado bastante fragmentado, já que, devido aos “custos nulos de transação para entrada e saída do mercado existentes antes do regime regulatório”, o segmento teria sido “tomado por um grande número de empresas com baixos parâmetros de conduta corporativa em relação às garantias contratuais com clientes, principalmente com contratos individuais, e em relação aos prestadores”. Essa ausência de um marco regulatório teria permitido a formação de um mercado no qual as operadoras teriam se protegido dos “custos catastróficos” de que fala Bahia (1999), por meio da exclusão nos contratos das enfermidades de alto custo ou tratamento de longa duração, que foram cobertos pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

Nesse grande número de operadoras pode ser agrupado dois grandes grupos básicos: o sistema de autogestão e o segmento comercial.

No primeiro grupo, constituído por cerca de 300 empresas de autogestão, estão aqueles beneficiários ligados à burocracia pública e a determinados segmentos de trabalhadores, como

---

<sup>111</sup> Dados apresentados pela ANS (BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2004).

o da indústria automobilística, por exemplo. Esse grupo se constitui em 25% do mercado, ou oito milhões de usuários<sup>112</sup>.

No segundo grupo, constituído por aproximadamente 1.200 empresas, dividido em 800 empresas de medicina de grupo, 360 cooperativas e 30 seguradoras, estão os demais 75% dos usuários de saúde suplementar. Nesse segmento é que estão agrupados os beneficiários dos planos individuais, que constituem 25% do mercado, já que os demais usuários, os 75% restantes, se ligam à saúde suplementar por meio de sua inserção no mercado de trabalho<sup>113</sup>. Esses planos individuais são adquiridos por autônomos, donas de casa, empresários, trabalhadores do setor informal, trabalhadores de pequenas empresas, artesãos, etc.

A maior parte dos planos de saúde e cooperativas são de pequeno porte, com coberturas bastante diferenciadas e restritas a uma área geograficamente muito pequena. Dos planos registrados na ANS, mais de 60% restringem as coberturas a um único município ou grupo de cidades vizinhas (BAHIA, 2001).

#### **4.4.2. A lei dos planos de saúde**

Com a Lei n. 9.656, de 1998, e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em 2000, iniciou-se uma tentativa de regulação desse mercado. A Lei nº. 9.656 obriga as empresas que comercializam planos de saúde “a cobrir nos novos contratos, por exemplo, tratamentos de câncer, doenças congênitas, transtornos psiquiátricos, AIDS, transplantes de rim, e estão impedidas de negar assistência a portadores de doenças preexistentes”. Entretanto, os contratos empresariais ou coletivos, isto é, feitos por pessoas jurídicas, continuam a serem realizados “por negociação direta dos contratantes com as operadoras, independentemente do contrato ter sido assinado antes ou depois da Lei n. 9.656/98” (COSTA, 2004).

---

<sup>112</sup> “Entre as 300 empresas e entidades com planos de autogestão, que somam aproximadamente 8 milhões de beneficiários (25% do total), situam-se desde grandes indústrias de transformação, como a Volkswagen, até entidades sindicais, com um número relativamente pequeno de associados que representam categorias com alta capacidade de vocalização de demandas, como os auditores fiscais. Aproximadamente metade dos planos de autogestão é administrada por instituições sindicais ou por entidades jurídicas paralelas às empresas empregadoras, como as caixas de assistência, caixas de previdência e entidades fechadas de previdência, integradas por representantes dos trabalhadores e da parte patronal. As demais empresas com planos próprios os administram por meio de seus departamentos de benefícios/recursos humanos” (BAHIA, 2001, p. 335).

<sup>113</sup> Segundo Bahia, as 800 empresas de “medicinas de grupo, constituídas inicialmente por grupos médicos aliados ao empresariado paulista, são atualmente responsáveis por quase 40% dos beneficiários da assistência médica supletiva”. Por outro lado, as 360 Unimed’s “possuem 25% dos clientes de planos de saúde e se organizaram a partir da iniciativa de médicos”. Finalmente, temos as 30 “seguradoras, vinculadas ou não a bancos, que representam a modalidade empresarial mais recente no mercado de assistência médica suplementar, competem os planos de 10% do contingente de pessoas cobertas através de planos privados de saúde” (BAHIA, 2001, p. 335).

Assim, com a Lei n. 9.656, permaneceram duas modalidades de planos: os planos antigos, anteriores às regras da Lei, e para a qual a cobertura contratual “é exatamente aquela que consta no contrato e as exclusões estão nele expressamente relacionadas”, ou seja permite uma série de exclusões. Para os planos novos criaram-se três modalidades de cobertura: o Plano Ambulatorial, o Plano Hospitalar (dividido em uma modalidade com cobertura obstétrica e sem obstétrica) e o Plano de Referência. Esse último sendo o padrão de assistência médico-hospitalar conjugando assistência nos segmentos de cobertura ambulatorial, hospitalar e obstétrica. “A Lei estabelece que a operadora de plano de saúde deve oferecer, obrigatoriamente aos consumidores o Plano Referência, que garante assistência nesses três segmentos” (COSTA, 2004).

Ou seja, para uma operadora oferecer os demais planos “mais básicos”, teria de ter uma estrutura para oferecer também os serviços mais completos. O Plano Referência seria a modalidade de cobertura mais completa, já que “não faz qualquer limitação para os atendimentos de urgência e emergência, após 24h da contratação, mesmo que o usuário esteja cumprindo prazo de carência, salvo nos casos de doenças preexistentes” (BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2005b, p. 1-6). Já o Plano Ambulatorial, como o próprio nome diz, não inclui o atendimento hospitalar e exclui também uma série eventos que um portador de um plano de referência teria direito<sup>114</sup>, além disso:

Caso ainda esteja cumprindo carências, mas após 24 horas do início da vigência do contrato, o consumidor terá assistência ambulatorial limitada às primeiras 12 horas, desde que o quadro não evolua para internação ou que seja necessária a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar. Após esse período, caberá à operadora o ônus e a responsabilidade pela remoção do consumidor para uma unidade do SUS que disponha de recursos necessários à continuidade do tratamento, só cessando sua responsabilidade quando efetuado o registro nessa unidade. (...) Quando não puder ocorrer a remoção por risco de vida, o consumidor e o hospital deverão negociar entre si, desobrigando a operadora de qualquer ônus (BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2005, p. 23)

Todas essas exclusões e procedimentos para o Plano Ambulatorial se repetem nos demais planos, quando um procedimento não estiver previsto na cobertura do plano, como o caso do atendimento obstétrico ou odontológico no Plano Hospitalar e os medicamentos utilizados pelo usuário fora do hospital.

---

<sup>114</sup> De acordo com as orientações da ANS, o Plano Ambulatorial exclui os seguintes eventos: internação hospitalar e procedimentos que, embora não necessitem da internação, precisem de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 horas ou de serviços como recuperação pós-anestésica, UTI, CTI e similares; procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; procedimentos que exijam anestesia, salvo aquelas que podem ser realizadas em ambulatório, com anestesia local, sedação ou bloqueio; tratamentos e exames que demandem internação, como quimioterapia intratecal; radiomoldagens, radioimplantes e braquiterapia; nutrição enteral e parenteral; embolizações e radiologia intervencionista.

Dessa forma, mesmo com o advento de uma lei mais rigorosa em relação ao mercado de planos de saúde, o Sistema Único de Saúde – SUS permanece como o segurador final de determinados eventos. Em geral, os mais caros, já que, de acordo com o plano adquirido, existem diversas composições de coberturas que o usuário poderia adquirir e determinados eventos não estão cobertos em nenhuma das modalidades existentes<sup>115</sup>

A Lei n. 9.656 buscou corrigir o mercado de saúde suplementar ao instituir um mínimo de cobertura que uma operadora poderia oferecer ao usuário. Em maio de 2004, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar, mais de cinco anos após a lei de 1998, 58% dos usuários não tinham migrado para os novos contratos. Dos que tinham migrado, apenas 26% eram de planos individuais. Assim, de um universo de cerca de 38 milhões de usuários, 26 milhões seriam usuários de planos anteriores à Lei e 16 milhões seriam de planos contratados segundo as novas regras, sendo que apenas quatro milhões seriam planos individuais.

Tabela 10: Mercado de saúde suplementar no Brasil: distribuição dos usuários segundo o tipo de plano (Maio de 2004)

Tipo de Plano	Número de usuários	% do mercado
Planos não adaptados à Lei n. 9.656/98	22.490.152	58,02
Planos Coletivos posteriores à Lei n. 9.656/98	11.975.992	30,89
Planos individuais posteriores à Lei n. 9.656/98	4.295.202	11,09
Total de usuários em todas as modalidades	38.761.346	100,00

Fonte: ANS<sup>116</sup>

Como se pode perceber, apenas 11%, ou cerca de quatro milhões de usuários, estariam em planos realmente regulados pela ANS<sup>117</sup>. Quase 60% dos demais usuários estariam em planos anteriores à Lei n. 9.656, de 1998.

<sup>115</sup> Apesar de mais abrangentes, todos os contratos, mesmo aqueles posteriores à Lei n. 9.656/98, excluem de sua cobertura: transplantes, à exceção de córnea e rim; tratamento clínico ou cirúrgico experimental; procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos; fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico ou para fins estéticos; fornecimento de medicamentos importados, não nacionalizados (fabricados e embalados no exterior); fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar; inseminação artificial; tratamentos ilícitos, antiéticos ou não reconhecidos pelas autoridades competentes; casos de cataclismos, guerras e comoções internas declaradas pelas autoridades competentes.

<sup>116</sup> Dados apresentados por Costa (2004).

<sup>117</sup> Vale lembrar que a Lei n. 9.656, de 1998, regulamenta, nos planos individuais e coletivos, apenas as coberturas mínimas oferecidas em cada uma das modalidades. Na questão dos preços, ela determina os percentuais máximos de reajuste apenas para os planos individuais. Os usuários de planos coletivos, ou planos

Se esses novos contratos obrigam as operadoras a oferecerem coberturas abrangentes, por que tiveram essa baixa adesão dos usuários? Os planos novos impõem limites para o reajuste de preço entre as diversas faixas etárias, incluem uma maior gama de doenças e subordinam o reajuste de preços à autorização da ANS, mas são bem mais caros do que os planos antigos. Essa observação econômica parece explicar a baixa adesão aos planos, já que os custos desses, devido à extensão de sua cobertura, são bem mais altos que o preço dos planos antigos<sup>118</sup>. Além disso, os planos antigos não deixaram de ser regulados pela ANS, que estabeleceu um limite ao reajuste a eles. Além disso, as disputas judiciais, na maioria dos casos, parecem apontar para uma vitória do consumidor. E, como já se mostrou, sempre existe o Sistema Único de Saúde – SUS. Em casos de risco para a vida do paciente, ou outro tipo de evento similar, existe uma rede capaz de atender ao paciente, mesmo que ele seja usuário de um plano privado.

Assim, ao que parece, grande parte dos usuários não tem condições ou não quer arcar com os custos de pagar por um plano mais abrangente. Os planos coletivos, por sua vez, são mais baratos, mas possuem diversas exclusões de cobertura.

Dessa forma, a pequena migração dos planos individuais para a nova Lei e a prevalência dos planos coletivos faz com que o Estado continue a cobrir os “riscos catastróficos” dos planos de saúde privados, já que apenas 11% dos usuários desses planos, ou menos de 3% da população brasileira, estaria dentro de um plano com uma cobertura mais abrangente.

Portanto, a separação entre usuários do SUS, de um lado, identificados como a população pobre que não pode se responsabilizar por sua saúde e, de outro, usuários dos planos privados, supostamente composto pelos segmentos melhor localizados na estrutura social, não parece corresponder à realidade. Não somente porque todos acabam utilizando o sistema público para os procedimentos mais caros, mas também porque a população usuária dos planos de saúde não é composta somente pelos segmentos mais bem abastados.

---

individuais anteriores a essa lei, não estão cobertos pela ANS, já que esses planos dependem do contrato assinado, se individuais, ou, se coletivos, de negociação entre as partes.

<sup>118</sup> Recentemente (2006), as entidades ligadas aos planos de saúde começaram a discutir com o governo medidas para tornar o mercado de saúde suplementar “mais atrativo”, já que esse mercado teria perdido cerca de 5 milhões de clientes desde 2000 (PLANOS, 2006). Entre as propostas apresentadas pelas operadoras estava “a flexibilização de contratos, ou seja, possibilidade de oferecer cobertura menor, com menos tipos de serviço” e assim reduzir o preço “para atingir a população de classes C e D” (CONSTANTINO, 2006). Além disso, as operadoras pediam “o fim do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde”. Esse valor vem sendo questionado judicialmente pelas operadoras e, como resultado, “apenas 1% do valor devido é efetivamente repassado ao SUS”

A maioria dos planos é anterior à lei de 1998, com um baixo grau de cobertura. Ao mesmo tempo, a maioria dos planos, 75% deles, são contratos coletivos. Assim, os usuários do sistema de saúde suplementar talvez sejam os mais integrados no mundo do trabalho, mas não necessariamente capazes de custear sozinhos sua própria saúde, o que estaria sendo demonstrado pela baixa adesão dos usuários dos planos individuais à nova Lei. Além disso, existem diferentes tipos de usuários, segundo as diferentes coberturas oferecidas, já que a maior parte desses planos ainda é antiga.

Mas não é somente para os usuários dos planos de saúde que o SUS serve como o segurador final. Existe um grande mercado de pagamento direto, cerca de 35% do gasto em saúde.

O Estado, além de subsidiar o setor privado, mantém um setor diferenciado para o atendimento de seus servidores. Esse setor, ainda pouco estudado, representa também uma significativa fatia do mercado de saúde suplementar. Bahia, em estudo sobre esse mercado na década de 90, afirma que:

A maior empresa/entidade com plano próprio é a GEAP Fundação de Seguridade Social, sucedânea da entidade patronal dos previdenciários que, após estender sua abrangência para outros órgãos públicos, possui cerca de 1 milhão e 300.000 de associados. A GEAP, na década de 90, adquire, talvez em função mudanças que a reforma do Estado traz para as relações de trabalho dos funcionários públicos federais, um formato de “plano para as instituições/ empregados do executivo baixo clero” que pode abrigar os benefícios de previdência complementar recém-instituídos. Em segundo lugar figura a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi) que também ampliou sua clientela nos anos 90 e conta atualmente com cerca de 640.000 associados e em terceiro a Assistência Multidisciplinar de Saúde (AMS) da Petrobrás com 380.00 beneficiários, que não alterou sua base de contribuintes ao longo do tempo (BAHIA, 2001, p. 166).

Além desses planos, existe também o sistema especial de assistência destinado aos militares, para servidores dos demais poderes do Executivo, do Judiciário, do Legislativo, dos estados e municípios. O pacote de benefícios oferecido é variável, em função da importância do órgão. Em geral, os servidores do Judiciário e Legislativo possuem planos de saúde melhores do que aqueles servidores dos poderes executivos. Assim, existe, de um lado, um gasto público em saúde destinado à população em geral, configurado no Sistema Único de Saúde – SUS e, de outro, um gasto público destinado aos servidores do Estado e seus dependentes.

Não existe um estudo mais detalhado sobre esse mercado e, muito menos dos valores envolvidos, já que essas quantias são, em geral, contabilizadas como salários. O estado do Rio Grande do Sul, visando a cumprir as determinações da Emenda Constitucional 29,

contabilizou como gasto em saúde um valor de 223 milhões de reais, ou praticamente 25% dos 12% do orçamento que esse Estado deveria investir em saúde pública no ano de 2005.

Assim, o próprio Estado (nos seus três níveis de governo), mantém sistemas diferenciados para o atendimento aos seus servidores e impulsiona e fortalece os sistemas alternativos ao modelo oficial de saúde. No caso do Governo Federal, uma das últimas iniciativas foi o Decreto n. 4.978, de 3 de fevereiro de 2004. Esse Decreto estabelece, entre outras coisas, que a “assistência à saúde do servidor ativo ou inativo e de sua família, de responsabilidade do Poder Executivo da União, de suas autarquias e fundações, será prestada mediante” o estabelecimento de “convênios com entidades fechadas de autogestão, sem fins lucrativos”, ou contratos.

Estabelece também que o custeio seria “de responsabilidade da União, de suas autarquias e fundações e de seus servidores”. Na verdade, essa regulamentação não é nova, já existia outro decreto (Decreto n. 2.383, de 12 de novembro de 1997), que foi revogado por essa nova legislação. O que ele parece sinalizar é a continuidade e o fortalecimento do sistema de atendimento diferenciado para os servidores públicos por meio do estabelecimento de regras mais estáveis para o funcionamento desses contratos<sup>119</sup>.

Em resumo, o setor suplementar no Brasil não é destinado “exclusivamente aos que podem pagar”, mas é constituído por diferentes estratos sociais, que possuem diferentes tipos de planos de saúde com coberturas diferenciadas, segundo sua inserção no mercado de trabalho. O setor suplementar cresce como resultado não somente pela reduzida oferta desse tipo de bem pelo setor público, mas também, principalmente, pela exclusão de determinados tipos de cobertura que, dentro de um modelo universal de saúde, devem ser necessariamente cobertos pelo Estado.

Essa dinâmica que reproduz muito das características de uma “cidadania regulada” não pode, entretanto, ser descrita em termos de uma ação unilateral do Estado, destinada a acomodar os diversos interesses sociais pela cooptação. Não se trata exclusivamente de cooptação: um Estado, dominado por uma pequena elite, que impõe a todos seus interesses.

---

<sup>119</sup> Em comunicado aos servidores, no Boletim Eletrônico Contato (BRASIL. Assessoria de Comunicação Social do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2004), o governo Federal (por meio do Ministério do Planejamento) esclarecia que o decreto presidencial tinha como objetivo organizar e ampliar o setor. Segundo o boletim, teria sido “constatado que servidores de alguns órgãos como universidades federais e instituições federais de ensino não dispõem de cobertura de planos de saúde”. Por isso, um dos objetivos do novo Decreto seria ampliar e garantir o investimento em saúde suplementar: “O objetivo do governo é ampliar a rede de atendimento e uniformizar a cota paga pelo servidor e pelo órgão da administração aos planos de saúde. Na ampla rede hoje existente, é possível encontrar órgãos que nada pagam, outros que pagam integralmente, tanto a parte do empregador quanto a do servidor, e outros órgãos que praticam preços variáveis de acordo com o modelo do contrato licitado com o plano de saúde e a disponibilidade orçamentária”.

Existe uma conjunção de interesses entre sindicatos, sejam eles de servidores públicos ou trabalhadores privados, em defesa dos “privilégios” já adquiridos (a assistência diferenciada), e os interesses de legitimação do governo ou dos empresários em oferecer esse tipo de assistência.

#### **4.5. Paradoxos de um *Welfare State* tropical**

Existe um sistema virtual de saúde. Virtual porque o acesso aos serviços, constitucionalmente garantido a todos, não foi acompanhado por uma garantia, ou seja, existe uma oferta insuficiente de serviços. Pode-se até se argumentar que parte dessa demanda é resultado da ausência de uma política de prevenção eficiente que resolveria a maior parte dos problemas. Entretanto, mesmo que existisse um modelo que resolvesse 80% dos problemas mais comuns de saúde, restariam ainda os demais 20% que possuem um custo crescente em relação às medidas anteriores, senão exponenciais, já que envolve tanto a atenção de média quanto a alta complexidade. Sendo que essas duas instâncias têm como principal provedor o setor privado, que atua segundo critérios centrados no modelo médico hegemônico.

Nesse sentido, estão corretas as análises que apontam a universalização como sendo excludente, na medida em que a absorção das camadas populares foi acompanhada por mecanismos de racionamento, fazendo com que a sociedade brasileira criasse formas de manter e reintroduzir a segmentação existente no modelo anterior no sistema legal e administrativamente universalizado, diferenciando o acesso e as formas de atenção.

Para Médici (MEDICI, 2002, p. 3), essa situação traduziria uma iniquidade do Sistema Único de Saúde - SUS, já que o processo gastaria “em procedimentos de alto custo e tecnologia sofisticada para os ricos” que já estariam teoricamente “cobertos pelos planos privados de saúde”. Em outras palavras, a iniquidade estaria “na natureza dos procedimentos utilizados pelos ricos”, que seriam “mais dispendiosos do que os consumidos pelos mais pobres”.

De fato, “o rico” - seja ele usuário de um plano de saúde ou alguém que diretamente por seu cuidado à saúde, ou combine um plano de saúde com pagamento direto - na maioria das vezes, quando necessitar de um procedimento mais caro, utilizará o Sistema Único de Saúde - SUS. Entretanto, esse tipo de utilização seletiva do setor público não é algo característico apenas do período do Sistema Único de Saúde - SUS. Como já foi demonstrado, na década de 70, na época ainda do sistema de saúde previdenciário, o poder público já servia como segurador final desse tipo de procedimento.

Os usuários do setor privado - sejam aqueles constituídos pelos que pagam diretamente por sua saúde, sejam aqueles que utilizam uma intermediação dos planos de saúde - também dependem do setor público para manterem esse tipo de arranjo. A maioria desses usuários do setor suplementar não conseguiria, devido os custos envolvidos, fazer a transição para uma realidade na qual o Estado não estivesse financiando parte dos custos (seja pela dedução no imposto de renda, seja pelo custeio dos tratamentos mais caros).

A baixa adesão à Lei n. 9.658, de 1998, mostra claramente que existe um mercado artificial. Todos aqueles que não são usuários exclusivos do SUS podem, a qualquer momento, se utilizar do Sistema para custear os eventos catastróficos. Todos se sentirão no direito de fazê-lo, já que teoricamente pagam por um sistema do qual não se utilizam, a não ser às vezes, em casos esporádicos que, é claro, são os mais onerosos.

O setor privado, que representa a maior parte do gasto em saúde, não questiona a existência do Sistema Único de Saúde – SUS, já que depende do sistema público para existir. Existe uma afinidade eletiva entre os dois sistemas. O setor privado não é contrário à ampliação do gasto público. Dentro de certos limites, esse setor não representa um entrave aos seus interesses, mas sim uma possibilidade de negócio.

O paradoxo do Sistema Único de Saúde – SUS é o fato de ser um sistema universal. Portanto, precisa atender a todos que o procuram e, por ser integral, tem que oferecer todos os serviços, inclusive aqueles mais caros e intensivos em tecnologia. Ao fazer isso, e manter o setor privado como complementar, ele acaba por se tornar complementar ao setor privado, já que passa a cumprir a função de grande segurador dos eventos catastróficos, da parte mais cara do sistema. A ampliação do sistema esbarra, portanto, no seu próprio êxito, já que, ao cobrir a parte mais cara do sistema, se mantêm no setor privados aqueles segmentos sociais que poderiam servir de apoio à ampliação do setor.

Os usuários do setor privado, seja por meio de um plano de saúde ou pagamento direto, fazem um uso seletivo do setor público e se sentem legitimados a fazê-lo, já que “pagam por um sistema que pouco usam”. Não existem incentivos para essa clientela migrar para o setor público e o SUS acaba atendendo as duas pontas do sistema. Assim, se pode entender porque o país apresenta programas de ponta em algumas áreas (AIDS, transplantes, cirurgia cardíaca, etc.), mas ao mesmo tempo apresenta alguns indicadores típicos de um país subdesenvolvido na área do saneamento ou de outras doenças como a dengue.

O SUS realmente atende “a todos que não podem pagar”, mas o que alguém não pode pagar é sempre relativo. Para alguns, é o atendimento mais básico. Para outros, é a alta complexidade. Todos utilizam o SUS para coisas diferentes. Essa característica faz com que o

sistema mantenha uma faixa de atuação limitada e funcione na verdade como um modelo residual híbrido, o que impede sua expansão pois, ao cumprir esses dois papéis simultâneos, ele mantém sua legitimidade perante todas as classes, mas não consegue expandir sua base de financiamento.

Dessa forma, em um mercado no qual o orçamento público representa cerca de 45% do total dos gastos, mas que constitucionalmente existe o direito universal à saúde, nada impede que os recursos adicionais sejam direcionados para os grupos que têm um maior poder de pressão, como é o caso do setor de medicamentos.

#### **4.6. A volta redonda?**

Parafrasear o título do último capítulo da obra de Raymundo Faoro (1978), “Os Donos do Poder”, parece apropriado. O que não significa uma adesão às teses do autor, mas apenas constatar que, apesar de todas as mudanças na legislação ocorridas entre 1963 e 2004, apontarem em direção a universalização do direito à saúde -- principalmente a unificação da Previdência, em 1967 e a Constituição Federal de 1988 – existe a manutenção de um padrão de proteção em saúde de caráter residual.

Mas não se trata de dizer que nada mudou, fazendo eco a uma tradição que Hirschman (1968) identifica com a síndrome da “fracassonomia”. Na verdade, desde o início do processo reformista em 1984, muita coisa mudou: o modelo centralizado no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e no Governo Federal cede lugar a um modelo descentralizado e que tem nos municípios os principais gestores do sistema; existe uma reorientação do modelo assistencial em direção às medidas de caráter preventivo; alguns indicadores de saúde apresentam melhorias sensíveis, como é o caso da mortalidade infantil, etc. Enfim, existe uma série de medidas que incorporam parte dos princípios presentes na Constituição Federal de 1988.

Entretanto, apesar dessa reorientação do modelo de saúde pública, que ainda está em andamento, não se pode afirmar que existe no Brasil um sistema universal de saúde que atenda a todos na sua integralidade. Há um modelo segmentado e dirigido a diferentes classes sociais: pobres de todos os gêneros, servidores públicos, classe média, etc. Não é somente isso, o sistema serve como um grande segurador de todas as demais classes. É a volta redonda de Faoro: o setor público, antes do SUS, conforme mostrado a partir de Malloy, cumpria o papel de grande segurador do setor privado. Se for analisada a dinâmica que se estabelece no pós-constituente, a função do setor público é praticamente a mesma. O Instituto Nacional de

Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) era o segurador do setor privado, cobrindo aqueles eventos mais caros. Hoje esse papel é desempenhado pelo SUS.

Ao mesmo tempo, se não estamos diante de uma política de caráter institucional-redistributiva, associada aos modelos universalistas, também não estamos diante de uma política de caráter residual. Uma política de caráter residual atende, prioritariamente, às classes que não conseguem “se responsabilizar” por sua saúde. O SUS não é um sistema para pobres, já que, conforme a ocasião, todos acabam se utilizando dele. Em outras palavras, todos são pobres para algumas coisas. A entrada no sistema e a utilização dos serviços é sempre desigual, sendo que as classes mais privilegiadas se utilizam mais da alta complexidade, enquanto os estratos mais baixos são atendidos pelo sistema de atenção básica.

De uma forma ou de outra, todos têm, em alguma medida, os seus interesses atendidos, já que mesmo aqueles que têm um plano de saúde (ou pagam diretamente por sua saúde), em algum momento irão utilizar o SUS para os procedimentos mais caros. Ao SUS cabe atender aos interesses mais urgentes das diferentes classes sociais, o que bloqueia a possibilidade de expansão do sistema como um todo.

Alguém poderia dizer que se trata de uma política em implementação e que, portanto, essa seria uma situação passageira própria de um momento de transição em direção à consolidação do novo sistema. Mas será que não estamos diante de uma crise conjuntural ou de uma situação estrutural produzida pela implementação do novo sistema? Para Elias (ELIAS, 2004, p. 12), “o que se apresenta são problemas de componentes muito mais estruturais do que conjunturais”.

Não se trata, entretanto, de apontar uma questão meramente orçamentária para justificar os impasses da implementação. De fato, existe um subfinanciamento do sistema ao longo do período estudado. No entanto, da forma como está estruturado o setor, nada garante que um aumento de recursos seria revertido em melhorias no sistema público, já que os novos recursos não se distribuem de acordo com as prioridades da legislação e das intenções dos grupos reformistas, mas sim segundo os interesses de cada grupo que compõe o setor.

Entre esses grupos está a profissão médica que, devido a uma série de circunstâncias históricas e políticas, torna-se um dos principais agentes setoriais que medeiam a implantação das políticas e a organização do setor.

Assim, se uma corrente “dominada” do campo médico constrói um novo referencial setorial que se torna dominante nas políticas de saúde, outra corrente continua a mediar a implantação dessas políticas.

## PARTE II: A profissão médica e as políticas de saúde

“Deveria haver leis para proteger os conhecimentos adquiridos”

P. Claudel<sup>120</sup>

“O ‘diploma’ que lhe é concedido não passa de um engodo, para não dizer uma mentira. É um diploma falso, um papel em branco, totalmente vazio, com o único sentido do simbolismo para fantasiar as solenidades de formatura. (...) Ele dança nessa incrível ciranda, iniciada com a superação da barreira do vestibular, atribulada por estudos intensivos - não existe universitário que se empenhe mais com livros do que o aluno de Medicina! -, completando-se pelas dúvidas atrozes que vão se avolumando ao final do seu curso”

Francisco Michelin<sup>121</sup>

---

<sup>120</sup> “Il devrait y avoir des lois pour protéger les connaissances acquises”: CLAUDEL, P. **Le soulier de Satin**. (Apud BOURDIEU, 1979).

<sup>121</sup> Coordenador do curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul. MICHELIN, F. *Jornal da Amrigs*, Porto Alegre, v. 35, n. 3, Abr. 2005, p. 5.

## 5. A profissão médica e o Estado no Canadá

De uma maneira geral, os trabalhos de Freidson e Starr, entre outros, fornecem uma boa descrição do caminho percorrido pela profissão nos Estados Unidos em direção à profissionalização. As descobertas científicas no final do século XIX foram incorporadas na medicina pública e, então, na medicina curativa. O hospital se modifica de refúgio de doentes para um lugar onde as práticas curativas dos médicos já tinham uma resolutividade limitada, mas com crescente visibilidade para o público. Esses acontecimentos levaram um público cético para o consultório dos médicos e lhes deu prestígio (TORRANCE, 1998).

O aumento no prestígio da profissão foi convertido em ganhos econômicos. Ao mesmo tempo, sendo capaz de controlar o número daqueles que poderiam atuar na profissão e a profissão tendo o direito exclusivo de aplicação prática do conhecimento médico garantiu que a profissão tivesse uma autonomia financeira, tendo em vista que ela era capaz de determinar o preço e as condições segundo as quais seus conhecimentos seriam aplicados.

O controle sobre as condições em que ocorre a prática profissional, o monopólio do saber e a exclusão das ocupações concorrentes é um fenômeno semelhante em diferentes países. Contudo, existem algumas nuances nesse processo de um país para outro.

O conceito de “profissionalismo” é uma abstração sociológica usado para descrever o fenômeno pelo qual uma ocupação se torna uma profissão.

Existem diferenças no papel que desempenhou o Estado nesse processo (DINIZ, 1995). Assim, a partir dessa descrição sumária do processo ocorrido nos Estados Unidos se pode tentar avaliar como esse processo ocorreu no Canadá.

De acordo com Torrance (1998), os médicos no Canadá faziam parte de uma pequena elite e tinham uma relação muito próxima com o Estado. Essa característica da profissão teve conseqüências sobre o desenvolvimento do profissionalismo até os dias de hoje. O autor divide o processo de construção dessa “dominância médica” no setor saúde em duas fases distintas: a primeira seria entre 1818 e 1912 e, a segunda, de 1912 até os dias atuais.

O Canadá, no século XIX, era influenciado pelas escolas independentes (proprietárias), e também pela ideologia da era Jacksoniana<sup>122</sup>. Existiam diversas ocupações médicas e curandeiros que atuavam lado a lado com os médicos. Não existia monopólio da prática, embora os médicos fossem o grupo mais elitista do período. Cirurgiões tinham o

---

<sup>122</sup> Eleito presidente dos Estados Unidos em 1828, Andrew Jackson, nutria uma admiração das “virtudes do homem comum” e uma desconfiança das profissões que buscavam privilégios especiais do Estado.

status mais alto devido a sua presença no exército colonial. Os habitantes urbanos e rurais eram céticos sobre “médicos” de qualquer tipo (TORRANCE, 1998).

Desde 1795, entretanto, os médicos procuravam introduzir uma legislação que tornasse o licenciamento profissional obrigatório e que proibisse a prática dos curandeiros e outras ocupações concorrentes com a profissão. Ao mesmo tempo em que buscavam suprimir aqueles que praticavam medicina sem nenhuma formação específica, eles também buscavam ganhar domínio sobre outras ocupações da saúde como a farmácia. Segundo Paterson, a Associação Médica Canadense (CMA, no original) buscou trazer os farmacêuticos sob o controle da profissão, mas os farmacêuticos eram aparentemente fortes o bastante para se opor com sucesso a essas tentativas dos médicos, que teriam privado a farmácia de qualquer possibilidade de auto-regulação. No final, a farmácia conseguiu fazer um acordo tácito com a medicina: os farmacêuticos não iriam mais prescrever medicamentos e, em retorno, os médicos desistiram de fornecer (e fabricar) a medicação (Paterson<sup>123</sup> apud TORRANCE, 1998).

No início do século XX, a medicina tinha conseguido suprimir, subordinar ou entrar num acordo com a maior parte dos demais poderes dentro do campo médico. As novas profissões, nascidas nos anos seguintes, seriam mantidas dentro dos limites de influência dos médicos. Mas ainda havia o “problema” das escolas médicas. As escolas de medicina no Canadá, proporcionalmente, não eram tão numerosas quanto nos Estados Unidos, tendo em vista que no Canadá elas sempre estiveram ligadas a uma universidade, que aumentava a respeitabilidade delas e também limitava a entrada no curso aos estratos mais altos da sociedade. Entretanto, havia uma luta constante entre as escolas médicas e a profissão para controlar o currículo e a entrada na profissão (TORRANCE, 1998).

Em 1912, a profissão médica conseguiu passar o *Canada Medical Act*, que padronizou o sistema de licenciamento por todo o Canadá. A legislação foi defendida pelo médico Thomas Roddick, um médico que, graças a sua celebridade, se transformou em político. Uma das principais motivações de Roddick era limitar o número de médicos que atuavam em território canadense. A limitação no número de médicos ativos teve como consequência o aumento na remuneração auferida pela profissão, pela criação dessa escassez artificial. Ao mesmo tempo, o Relatório Flexner, também resultou na redução no número de escolas no Canadá. Entretanto, essa redução no número de escolas foi menor que nos Estados Unidos, já que no Canadá elas já estavam ligadas a uma universidade. Entretanto, o Relatório Flexner

---

<sup>123</sup> Paterson, G.R. Canadian Pharmacy in pre-Confederation Medical Legislation. **Journal of the American Medical Association**, 200, p. 849-52, 1967.

consolidou uma imagem junto ao público de que a medicina tinha se tornado “científica e era capaz de produzir resultados de cura tangíveis. A hegemonia dessa nova medicina científica praticada por um círculo elitista e fechado de homens estava consolidada<sup>124</sup>” (TORRANCE, 1998, p. 8, nossa tradução).

De acordo com Bothwell<sup>125</sup> (apud TORRANCE, 1998), no Canadá e Estados Unidos a transformação dos médicos num grupo poderoso foi seguida por posições semelhantes em relação à intervenção do Estado e do setor privado no setor. Os médicos em ambos países teriam a mesma posição sobre os projetos de seguro saúde, era sempre um apoio limitado e um entusiasmo inversamente proporcional à condição econômica da profissão. Entretanto, no Canadá, diferente dos Estados Unidos, talvez devido a seu status de colônia, desde o século XIX, os médicos tiveram uma ligação muito próxima com o Estado e estavam bem representados na política e dentro das hierarquias burocráticas. Aqueles médicos no governo não deixam de se relacionar com aqueles fora dessas estruturas. “O resultado dessa aliança complicada foi que o peso do ajuste de custos foi sendo repassado para aqueles grupos menos organizados, menos ativos e sem voz do sistema<sup>126</sup>” (TORRANCE, 1998, p. 6, nossa tradução)

Em um trabalho do início dos anos 60, Taylor apontava que os médicos no Canadá gozavam de um status de “governo público” e tinham também conseguido com sucesso um canal de comunicação nas arenas executivas e legislativas:

A medicina organizada influencia a política legislativa em relação ao tempo e desenho dos programas públicos, guia as escolhas e estruturas das agências administrativas, prescreve alguns procedimentos administrativos, participa continuamente nas decisões dos administradores, e, em quatro províncias, serve de fato como uma agência governamental na administração dos principais programas [provinciais]. (...) O sucesso da medicina organizada em alcançar esses objetivos pode ser atribuído a vários fatores: o prestígio dos membros da profissão e a deferência dispensada aos seus pronunciamentos mesmo fora das questões envolvendo medicina, uma já existente (e continua) identificação da profissão com questões de interesse público, o acesso privilegiado da profissão em pontos focais do processo de decisão no governo federal e no legislativo provincial, gabinetes, e departamentos de governo; e não menos importante, o grau de coesão entre os

---

<sup>124</sup> “[...] was now scientific and capable of producing tangible results in curing. The hegemony of this new scientific medicine practised by a closed, elite circle of men was consolidated”(TORRANCE, 1998, p. 8).

<sup>125</sup> BOTHWELL, R.S.; ENGLISH, J.R. Pragmatic Physicians: Canadian Medicine and Health Care insurance, 1910-1945. In: SHORTT, S.E.D. (ed.) Medicine in Canadian Society Historical Perspectives. Montreal: McGill-Queen's University Press.

<sup>126</sup> “The result of this uneasy alliance has been that the burden of reducing costs has been pushed onto the least organized, active, and vocal groups in the system” (TORRANCE, 1998, p. 6).

membros que resulta numa unanimidade consistente de opiniões e preferências expressas pela Associação<sup>127</sup> (TAYLOR, 1960, p. 125-6, nossa tradução).

Havia quase uma indistinção entre as propostas do Estado e as propostas da corporação médica para o setor.

Por todas essas razões, no final dos anos sessenta, quando o Programa Nacional de Seguro Saúde foi criado no Canadá, ele não modificou substancialmente as bases dessa inserção do médico dentro do setor saúde. O *Medicare*<sup>128</sup> fez apenas algumas pequenas modificações na organização e no conteúdo do trabalho médico. De certa forma, a criação do *Medicare* institucionalizou o status que a profissão tinha na época de criação do novo sistema, o que tornou as tentativas de modificações e ajustes posteriores uma tarefa extremamente difícil (DEBER, 2003; TORRANCE, 1998).

Em linhas gerais, a legislação do *Medicare* manteve o método tradicional de remuneração da profissão, o pagamento por procedimento. Além disso, deixou aberta a possibilidade do médico cobrar um valor extra do paciente, quando os valores oficiais de remuneração fossem abaixo da tabela de honorários estabelecida pela Associação Médica Canadense.

Com a introdução do *Canada Health Act* (CHA), em 1984, as complementações cobradas diretamente do paciente foram proibidas, mas a possibilidade de o médico determinar sua renda foi parcialmente mantida, como veremos mais adiante.

### **5.1. O pagamento por procedimento e os serviços médicos: um Robin Hood Moderno?**

Uma das razões que faz com que os médicos prefiram o método de pagamento por procedimento é a possibilidade que esse método dá ao médico de lidar com os “pacientes reclamões” (*demanding patients*).

---

<sup>127</sup> “Organized medicine influences legislative policy with respect to the timing and design of public programmes, guides the choice and structure of administrative agencies, prescribes certain of the administrative procedures, participates in the continuing decisions of administrators, and, in four provinces, actually serves as the governmental agency in the administration of major programmes. (...) The success of organized medicine in achieving its objectives can be attributed to a number of factors : the prestige of the members of the profession and the deference accorded their pronouncements even outside the scope of medicine; previous (and continuing) identification of the profession with other matters in the public interest; the profession's privileged access to the focal points of decision-making in federal and provincial legislatures, cabinets, and government departments; and, not unimportant, the degree of cohesion within its membership and the resulting unanimity and consistency of the opinions and preferences expressed by the Association” (TAYLOR, 1960, p. 125-6).

<sup>128</sup> Medicare é o nome que frequentemente é utilizado para descrever o sistema de saúde no Canadá. O mesmo termo descreve o seguro saúde nos Estados Unidos. A diferença entre os dois é a abrangência, no Canadá trata-se de um seguro universal; nos Estados Unidos são medidas direcionadas a estratos selecionados da população, principalmente os idosos.

De acordo com Freidson (1989), uma das reclamações dos médicos que trabalhavam em outros arranjos profissionais, nos quais não existia a possibilidade de cobrar diretamente do paciente, era a impossibilidade de usar os honorários como uma forma de se desligar de pacientes que eles consideravam “inconvenientes”. No método tradicional de trabalho médico não existe nenhuma ligação contratual entre o médico e seu paciente. O paciente, tendo os recursos financeiros, pode escolher o médico de sua preferência e o médico pode desencorajar os pacientes que ele considera “inconvenientes” pelo uso do preço da consulta como um método dissuasor, ou pela simples recusa em atender esses pacientes. Essa prática, embora existente em outras formas de organização dos serviços médicos, é mais difícil de ser praticada, já que, muitas vezes, o paciente de um plano de saúde, por exemplo, não tem a possibilidade de buscar outro profissional e nem o médico tem a possibilidade de recusar um paciente. Na prática privada, por outro lado, mesmo com a perda financeira potencial que um paciente pode representar, e com o interesse que o médico tem em manter uma clientela, ele pode se permitir a perder ocasionalmente um paciente que fazia pedidos excessivos ou lhe parece desagradável (NAYLOR, 1986).

Outra razão pela qual os médicos preferem o método de pagamento por procedimento é financeira. O rendimento dos médicos está diretamente ligado ao valor cobrado e ao número de procedimentos executados. Ao se manter esse método de pagamento o médico retém sua independência financeira e de determinar o valor do seu trabalho e perseguir um determinado nível de renda.

Outra prática ligada ao pagamento por procedimento, pelo menos no caso do Canadá, era o estabelecimento pelo médico de uma escala variável de preços, de acordo com a capacidade de pagamento do paciente. No passado, o uso dessa escala variável de pagamentos deu ao médico a reputação de ser um moderno Robin Hood, isto é, ele cobraria mais dos ricos e menos dos pobres. Seus honorários se reduziam gradativamente, de acordo com a capacidade financeira do paciente, até atingirem a zero no caso dos indigentes.

É claro que muitos autores interpretam essa prática com uma forma elaborada de “discriminação de preço”, ou seja, o vendedor (o médico) venderia seus serviços a um comprador (o paciente) de acordo com o preço máximo que ele acredita que o comprador está disposto a pagar.

De qualquer modo, a manutenção dessa forma de remuneração dos serviços médicos é vista como uma forma de o médico preservar sua autonomia financeira. Essa autonomia financeira, de acordo com uma corrente da literatura sobre profissionalismo, seria uma das características essenciais da manutenção da autonomia técnica. Assim, para essa corrente o

aumento do número de médicos trabalhando em arranjos assalariados é interpretado como um processo de desprofissionalização, ou seja, os médicos trabalhando em regime assalariado seriam menos médicos que os médicos atuando segundo o regime de pagamento por procedimento. Freidson argumenta que essa interpretação seria incorreta:

Eu defino isso [profissionalismo] como uma autonomia técnica, mas não necessariamente econômica ou política. Desse modo, a perda da grande influência política e econômica [dos médicos] não representa uma perda do profissionalismo da maneira como eu o descrevi. Afinal, professores em universidades raramente trabalharam como autônomos, nunca foram remunerados com altos salários e nunca tiveram uma organização política influente e vocal, mas nunca se questionou o seu status da profissão. Nem a independência financeira ou organização de instituições profissionais independentes do Estado ou capital é essencial para o profissionalismo. O que é essencial [para uma profissão] é o controle do desempenho e da avaliação de um determinado conjunto de tarefas, sustentada por uma jurisdição legal sobre um corpo de conhecimento e habilidade<sup>129</sup> (FREIDSON, 1988, p. 385, nossa tradução).

## **5.2. A intervenção do Estado no setor saúde no Canadá e a reação da profissão médica**

No Canadá, quando foram esboçadas as primeiras medidas de criação de um seguro saúde por parte do Estado, a profissão sempre buscou preservar sua posição quando as medidas propostas eram vistas como uma possível ameaça à autonomia econômica e ocupacional. O mesmo Estado que tinha sido a fonte de uma legislação que tinha garantido à profissão o monopólio sobre um conjunto determinado de procedimentos, e também tinha consolidado a posição da profissão frente a outras ocupações, era agora uma ameaça a essa autonomia, ao propor medidas que iriam alterar essa posição conquistada pela medicina.

Pode-se dizer que a profissão médica conseguiu manter o seu status dentro do setor saúde, o *Medicare* preservou e consolidou a posição dos médicos dentro do Estado e frente às outras profissões da saúde.

### **5.2.1. As iniciativas da Província de Columbia Britânica**

Desde o início dos anos 20 a profissão organizada manifestaria sua oposição a contratos de trabalho assalariados, exceto quando o médico não conseguisse manter-se pela sua prática autônoma. Na Província de Alberta, por exemplo, uma das associações médicas da

---

<sup>129</sup> “I have defined it [professionalism] as technical but not necessarily political or economic autonomy. Thus, the loss of extensive political influence and economic independence does not represent the loss of professionalism as I have described it. College professors, after all, have rarely been self-employed, have never been highly paid, and have never had a powerful, organized political voice, but this has not raised questions about their professional status. Neither economic independence nor control of professional institutions independently of the state or of capital is essential to professionalism. What is essential is control over the performance and evaluation of a set of demarcated tasks, sustained by the established jurisdiction over a particular body of knowledge and skill” (FREIDSON, 1988, p. 385).

época (*Alberta College of Physicians and Surgeons*), manifestou em diversas ocasiões sua contrariedade à contratação de médicos pelas autoridades municipais sob o regime assalariado e contra a existência de clínicas gratuitas, mantidas pelos municípios ou outras associações voluntárias. (NAYLOR, 1986).

Uma segunda preocupação da profissão no mesmo período, era a defesa do poder de mercado do grupo. Essa defesa era feita pela recusa em ter seu trabalho intermediado por terceiros e pela limitação da interferência do Estado no setor;

A profissão defendia o direito de estabelecer suas próprias tabelas de remuneração e também o direito de cada médico ajustar os seus preços de acordo com a percepção que tinha da habilidade do paciente em pagar por seus serviços. Ao mesmo tempo, quando a interferência do Estado parecia inevitável ou desejável (como por exemplo durante a grande depressão dos anos 30), a profissão insistia em que essa intervenção tivesse um limite determinado pela renda do paciente. Esse teto de renda era “planejado para limitar a influência do Estado e aumentar o poder de mercado da profissão, ao manter separado um setor privado, no qual os médicos pudessem continuar a praticar a discriminação de preços<sup>130</sup>” (NAYLOR, 1986, p. 246, nossa tradução).

A profissão, nessas primeiras décadas do século XX, foi capaz de modelar a ação do Estado de acordo com seus interesses. O sucesso da profissão pode ser explicado pela capacidade do grupo em vocalizar seus interesses de uma forma altruística e desinteressada. Por exemplo, na disputa entre a Província de Columbia Britânica e as organizações profissionais, durante os anos 30, a profissão demandava que o Estado agisse em favor dos indigentes, dos assalariados de baixa renda e das viúvas. Essa proposta tinha um forte apelo junto à população da província. Na ocasião se discutia a implantação de um sistema amplo de assistência para todos os habitantes da província. A profissão argumentava que tal iniciativa seria muito custosa e que caberia à província atender aos grupos mais vulneráveis da sociedade. Assim, ao mesmo tempo em que se criava um mercado para a profissão, se preservava um outro mercado dessa interferência, se transformava a ação estatal de uma ameaça em uma fonte de renda. A proposta defendida pela profissão era o estabelecimento de um teto de renda para os beneficiários das iniciativas estatais em saúde.

Essa posição da profissão será defendida durante a discussão em torno da implementação de um sistema de saúde na província de Columbia Britânica.

---

<sup>130</sup> “[...] designed to limit the state’s influence and augment professional market strength by maintaining a separate private sector where practitioners could continue to price-discriminate” (NAYLOR, 1986, p. 246).

As propostas da província de Columbia Britânica foram uma das principais iniciativas do Estado no setor saúde no Canadá e precederam em mais de quarenta anos a introdução do *Medicare* no país. Ela é interessante não somente porque pela primeira vez na história do Canadá a profissão teria elaborado de forma sistemática uma proposta para o setor, mas ela também mostra que as propostas para o setor foram elaboradas por um grupo de médicos burocratas (NAYLOR, 1986).

O surgimento dessa burocracia reformista foi favorecido pelo apoio financeiro da Fundação Rockefeller, uma das Fundações que tinha patrocinado o Relatório Flexner. Basicamente, as propostas do grupo para a estruturação do setor eram a de construção de unidades locais de saúde que fariam uma triagem dos casos em direção a centros de tratamento especializados. Buscava-se, assim, organizar de forma “científica” a intervenção do Estado.

O profissionalismo era a chave desse fortalecimento da ação estatal no setor saúde e esse pequeno grupo de médicos era o propulsor da proposta de reforma do setor saúde. A burocracia médica assumia, assim, uma forte liderança no processo de reformas (DAVIES, 2002).

Entretanto, embora esses médicos fossem influentes no âmbito estatal, suas propostas tinham pouca atratividade para a maioria dos médicos que atuavam no mercado privado. Além disso, o grupo não teria conseguido extrapolar suas propostas além do círculo restrito do Estado, o que fez com que suas propostas fossem sendo modificadas de acordo com as diferentes conjunturas políticas.

Um assistente social da Província de Columbia Britânica nos anos 60, ao se recordar daqueles dias gloriosos de Cassidy and Weir, expressou sua crença que aqueles pioneiros tinha conseguido um reconhecimento profissional para seus esforços, mas tinha falhado em transmitir para os habitantes da província o valor daquilo que eles tinham criado. No longo prazo, ele argumenta, isso tornou muito do programa deles vulnerável às restrições de investimentos impostas pelos subseqüentes governos da Província [representados pelo partido de Crédito Social, uma agremiação de direita]<sup>131</sup> (DAVIES, 2002, p. 83, nossa tradução).

Tudo se passa como se, no período, um grupo de médicos pertencentes ao campo dominado da medicina, tivesse criado um referencial setorial que não teria conseguido

---

<sup>131</sup> “One B.C. social worker of the 1960s, looking back to the glory days of Cassidy and Weir, expressed his belief that these pioneers had secured professional recognition for their efforts but had failed to convey to the people of the province the value of what they had created. In the long term, he argued, this had made much of their program vulnerable to the parsimony of the subsequent right-wing Social Credit provincial government” (DAVIES, 2002, p. 83).

extrapolar os limites da arena Estatal e nem se consolidar como o referencial dominante do setor. Segundo Naylor:

Um olhar rápido sobre a cadeia de eventos que levou à postergação indefinida das propostas contidas na legislação de 1936 de seguro saúde da Província de Columbia Britânica, está claro que, enquanto os interesses contrários da comunidade de negócios tiveram algum impacto, o pivô central foi a rejeição do plano pela medicina organizada<sup>132</sup> (NAYLOR, 1986, p. 87, nossa tradução).

### **5.2.2. As propostas de reforma hospitalar e o crescimento do setor privado**

No processo de reformas que conduziu ao *Medicare* a província de *Saskatchewan* assumiu a liderança nos dois principais marcos do setor. O primeiro foi o programa de seguro hospitalar, em 1947, que foi implementado sem muita oposição da corporação médica e trouxe grande visibilidade ao partido liderado por Tommy Douglas<sup>133</sup>. De fato, de acordo com Taylor (1978), a profissão não tinha nada a perder, já que a reforma não afetava de nenhuma maneira o seu método de pagamento ou trabalho.

A iniciativa levou a propostas similares em outras províncias e, em 1957, o Governo Federal, iria introduzir a lei de reforma hospitalar: o *Hospital Act*. Com a nova legislação, o Governo Federal se comprometia a pagar cerca de 50% dos custos que as províncias tinham com o financiamento do setor hospitalar. Assim, ao final de um ano fiscal, o governo cobria cerca de 50% dos custos que as províncias tinham incorrido com a administração dos hospitais. A oferta era bastante atrativa e, no início de 1961, quase todas as províncias do Canadá tinham estabelecido os seus planos. As províncias podiam exigir, ainda, algum tipo de complementação dos beneficiários desses planos provinciais. Nesse caso, os valores pagos pelos usuários não entravam no cálculo de reembolso federal (TAYLOR, 1978).

Em dezembro de 1959, o governo de *Saskatchewan* anunciou seu novo plano de saúde. O anúncio do plano provocou uma forte oposição dos médicos da Província, que ameaçavam com uma greve caso o plano fosse adiante. O conteúdo do plano explica em parte a reação da medicina organizada, entretanto, outras transformações no setor saúde devem ser levadas em conta.

As diferentes conjunturas políticas do período e o conteúdo das duas propostas explicam a reação da medicina organizada na década de 60. Porém, entre esses dois períodos,

---

<sup>132</sup> “Glancing back over the tangled chain of events that led to indefinite postponement of the BC health insurance act of 1936, its is clear that while the opposition of business interests had some impact, the pivotal factor was organized medicine’s rejection of the government plan” (NAYLOR, 1986, p. 87).

<sup>133</sup> O CCF (*Co-operative Commonwealth Federation*) que depois se transformou no NDP (*New Democratic Party*) nos anos 60. O pastor e político Tommy Douglas é considerado atualmente o “pai do *Medicare*”.

o mercado de seguro privado também tinha crescido consideravelmente, o que criava outros obstáculos à implementação das medidas propostas pela província.

Entre esses acontecimentos, talvez nenhum foi mais significativo do que a criação de planos de saúde de pré-pagamentos patrocinado pela profissão médica e administrado em nível nacional que passou a ser chamado de Planos Médicos Transcanadenses [TCMP]. (...) As adesões cresceram rapidamente, de  $\frac{3}{4}$  de milhão em 1951 para 2,5 milhões em 1955 (TAYLOR, 1978).

Na época isso representava cerca de 15% da população do Canadá, mas havia também as seguradoras privadas. O setor também crescia fora desses esquemas patrocinados pela profissão médica. Em 1959, existiam 118 companhias que comercializavam várias modalidades de planos e seguros de saúde. Naquele ano elas formam uma organização para defender os seus interesses: a Associação Canadense de Seguro Saúde (CHIA, no original). Em 1960, com alguma relutância, o plano de saúde dos médicos (TCMP) também se juntou à organização. Em 1965, quase 5 milhões de pessoas tinham aderido a um dos planos privados e mais 5,6 milhões estavam cobertas pelo plano de saúde dos médicos. Eram portanto cerca de 10,6 milhões de pessoas que tinham algum plano de saúde (TAYLOR, 1978). Isso totalizava cerca de 54% da população do Canadá.

Os planos ofereciam uma cobertura variada, que excluía vários eventos e também estabelecia um limite nas coberturas previstas. Poucas companhias vendiam planos de saúde individuais e, ainda assim, colocavam algumas salvaguardas, como a possibilidade de cancelamento por excesso na utilização dos planos e a exclusão do plano após o usuário se aposentar (TAYLOR, 1978).

O seguro privado era, assim, um setor em pleno crescimento durante os anos que se discutia a implantação do seguro hospitalar e também, depois, durante as discussões em torno do plano de saúde da Província de *Saskatchewan*.

A posição das seguradoras era de que o Estado deveria permanecer de fora do mercado e apenas subsidiar aqueles que não pudessem pagar.

Na primeira reunião da então recém-criada, Associação Canadense de Seguro Saúde (CHIA, no original), em 1961, todas as discussões giravam em torno da necessidade de desenvolver uma alternativa que evitasse a implementação de um plano de saúde governamental. De acordo com o relato de C. Howard Shillington<sup>134</sup>,

Foi feito um forte alerta de que um seguro patrocinado pelo governo era eminente, que esse [tipo de arranjo] representava um gigante monolítico, e que os médicos seriam prisioneiros de uma tal burocracia administrativa que iria, no final, controlar

---

<sup>134</sup> Shillington, Howard C. **The Road to Medicare in Canada**, Graphics Publishing: Toronto, 1972.

todos os recursos e ditar a forma como eram organizados os serviços. Um tema adicional a esse era que a única proteção dos médicos estaria na manutenção de inúmeras companhias seguradoras dentro do campo da saúde e, por essa razão, todo o apoio deveria ser dado às companhias de seguro, que estavam lutando a mesma batalha que a profissão<sup>135</sup> (Shillington apud TAYLOR, 1978, p. 337, nossa tradução).

As companhias seguradoras, incluindo os planos de saúde patrocinados pelos médicos, não eram contra a intervenção do governo no setor. Ao governo caberia, entretanto, uma função específica: assegurar os “inseguráveis”. Essa visão já tinha sido apresentada na província de Ontário, durante as discussões em torno da criação do seguro hospitalar, na segunda metade da década de 50.

As discussões em Ontário, entretanto, já aconteciam numa conjuntura na qual cerca de 2/3 da província tinha alguma forma de seguro saúde. Esses seguros respondiam por cerca de 47% da renda dos hospitais. Assim, as discussões em torno da implantação do seguro hospitalar em Ontário, que precederam em dois anos a edição do *Hospital Act*, por parte do Governo Federal, ocorreram numa situação muito mais diversa do que aquela em que tinha implantado o seguro hospitalar na província de *Saskatchewan*, em 1947.

Nos debates legislativos que precederam à edição da legislação hospitalar em Ontário, o setor privado teve oportunidade de mostrar sua visão sobre o papel do Estado dentro do setor saúde. Para os representantes das seguradoras, o governo seria uma presença indesejada no setor, a não ser que se limitasse a fornecer os meios para quem não pudesse pagar por sua saúde. Os planos privados, entretanto, teriam suas limitações, já que “nem todo mundo” poderia participar deles. Mas isso era apenas devido à “razões estritamente econômicas”, já que se esses planos fossem aceitar qualquer um, os custos “ficariam fora do alcance”, tendo em vista que “pessoas com necessidades especiais” ou doenças graves, iriam impor um peso muito grande sobre os demais participantes dos planos. Contudo, ainda na visão do grupo, não havia dúvida que “os doentes crônicos tinham que receber uma atenção”. Assim, de acordo com as companhias de seguro saúde, se os custos dos serviços de saúde fossem para ser distribuídos igualmente, o governo é que deveria providenciar a cobertura daqueles que não fossem seguráveis, em outras palavras, as companhias seguradoras segurariam apenas os seguráveis. Um representante do governo provincial, nesses debates, então perguntou a um

---

<sup>135</sup> “A strong plea was made that government insurance was imminent, that it represented a giant monolith, and that doctors would be prisoners of such bureaucratic operation which would, thereafter, completely control the purse strings and dictate the terms of service. Related to this whole approach was the theme that the doctors' only protection lay in the retention of multiple insurance organizations in the health field and for this reason, every support should be given to the insurance companies who were fighting the profession's battle” (TAYLOR, 1978, p. 337).

dos expositores se caberia então ao setor privado, dentro da visão das seguradoras, somente fornecer cobertura à “ao supra-sumo” (*cream of the crop*) . “Isso mesmo” respondeu o representante do setor privado, “nós seguraremos eles e deixe o governo providenciar cobertura para os *inseguráveis*”. “Parece um mau negócio para o governo”, respondeu o representante do governo provincial<sup>136</sup> (TAYLOR, 1978, p. 145, nossa tradução).

A argumentação da Associação Médica de Ontário defendeu uma posição idêntica: “o governo deve se preocupar primeiro com as pessoas que não podem comprar os planos de cobertura hospitalar pré-pagos”, pois “eles são *inseguráveis*”<sup>137</sup> (TAYLOR, 1978, p. 139, nossa tradução).

Esses argumentos são semelhantes àqueles utilizados em outras províncias. Não obstante essa objeção do setor privado e das entidades médicas, tanto o plano de Ontário quanto o Plano Nacional, consubstanciado no *Hospital Act* foram aprovados, quase que simultaneamente. O setor privado perdeu uma parte do mercado em favor de planos provinciais. A profissão médica, entretanto, conseguiu que seus serviços, mesmo quando prestados em hospitais, não fossem incluídos dentro do *Hospital Act* (TAYLOR, 1978).

Dentro do modelo já existente, os hospitais continuaram com um status semelhante ao que detinham no período anterior ao *Hospital Act*, ou seja, administrados de forma independente pelas direções que são livres para contratar e organizar os serviços dentro dos limites orçamentários impostos por cada província.

---

<sup>136</sup> “Often one hears comments to the effect that not everyone can join voluntary health plan and it is true that people with special handicaps cannot do so-- but this is strictly for economic reasons. If such persons were admitted into a plan it would automatically raise the costs to prohibitive level for those already covered, resulting in a benefit for the minority and a hardship for the majority, since due to the prohibitive cost the voluntary plans would be out of reach. There would also be a resistance on the part of the majority to such persons being admitted, for after all, why should they pay the medical bills of those far more likely to have an expensive illness than they are? The plans are generally set up to include people in the same health group in order that the costs to the voluntary health plan will not be too high. The likelihood of any one person in the group becoming sick or having an accident is supposed to be about the same. The chronically sick must be taken care of; of course, there is no question about that. But is a compulsory government health program the absolute answer to the problem? (...)

Mr. Tanti: Just a minute, Mr. MacDonald. If the cost of health services is to be distributed evenly, let those who are uninsurable, let the government provide benefits for the uninsurable; in other words, we will insure the insurable.

Mr. Whicher: The ‘cream of the crop’?

Mr. Tanti: That is true. We will insure them and let the government provide for the uninsurable.

Mr. Fros: That sounds like a bad deal for the government” (TAYLOR, 1978, p. 143-45, grifos nossos).

<sup>137</sup> “The OMA then criticized the proposals for assuming that a program should begin with mandatory coverage of the employed. Rather, it said, the Government should concern itself first with people who could not buy prepaid hospitalization care because (a) they could not afford it ; and (b) they were not insurable” (TAYLOR, 1978, p. 139, grifos nossos).

### 5.2.3. O Medicare de Saskatchewan para o Canadá

Em 1959, os recursos provenientes do *Hospital Act* forneceram as bases financeiras para a província de *Saskatchewan* propor agora um plano mais amplo que incluía todos os serviços, inclusive os serviços médicos.

As circunstâncias, contudo, eram muito diferentes daquelas de 1947. Agora, 2/3 da população tinha algum tipo de seguro saúde, ou outra forma privada de proteção e, a profissão médica, que tinha endossado o seguro hospitalar em 1947, agora dizia que esse novo seguro era desnecessário. Além disso, as propostas da Província tinham um impacto direto sobre os interesses dos médicos, o que não tinha ocorrido com o seguro hospitalar, no qual não existiam perdedores: hospitais e médicos e Província, todos se beneficiavam das medidas então propostas (TAYLOR, 1978).

Algumas propostas divulgadas anteriormente pelo governo provincial tinham proposto o assalariamento do médico, ou formas alternativas de pagamento, que não o pagamento por procedimento. Entretanto, o plano apresentado pela da Província seguia o mesmo padrão de pagamento do setor privado. O pagamento por procedimento era mantido como base da remuneração dos serviços médicos. Ainda, tentando ganhar a aprovação da corporação médica, a Província até fez uma concessão não existente nos planos privados: a legislação iria permitir que os médicos cobrassem um valor extra, diretamente do paciente, quando houvesse uma discordância do valor estabelecido pelo governo provincial e a tabela de honorários profissionais, depois o paciente poderia buscar o reembolso junto ao governo (TAYLOR, 1978).

Essa concessão trazia uma incerteza financeira quanto à solvência do plano, já que criava um fator imponderável: um aumento inesperado nos preços dos serviços médicos poderia representar um valor extra, não previsto nos orçamentos da província. Esse valor, então, teria que ser coberto com uma dotação orçamentária maior ou transferindo o custo para o paciente. Mesmo assim, o governo, pressionado pelos prazos políticos, propôs essa medida tentando conseguir o apoio dos médicos da província (TAYLOR, 1978).

Os médicos, representados pelo *College of Physicians* (órgão com funções equivalentes a Associação Médica no Brasil), recusaram a proposta do governo provincial e ofereceram uma contraproposta: um seguro universal disponível por meio dos planos privados já existentes. Nessa proposta o governo iria pagar o custo da saúde dos indigentes e fornecer um subsídio para os demais habitantes da Província. O governo recusou a proposta e anunciou a implementação do plano original (com as concessões já feitas) para 1 de julho de 1962. A

resposta dos médicos foi o anúncio de uma greve geral e alguns médicos anunciaram sua intenção de abandonar a Província (NAYLOR, 1986; TAYLOR, 1978).

Essa recusa da profissão em participar de um plano governamental, que lhes traria mais vantagens que os planos privados, pode ser entendido somente se levarmos em conta que, embora essa proposta fosse mais generosa, ela iria reduzir ou acabar com a participação dos planos privados e dos planos patrocinados pela profissão médica. Haveria um único pagador, o que reduziria as opções da profissão. Além disso, existiam todos os aspectos de política local que colaboraram para esse impasse entre governo e profissão médica (NAYLOR, 1986; TAYLOR, 1978).

Nos dias em que anteciparam ao dia estipulado para a greve, parte da população começou a se organizar numa série de comitês visando dissuadir o governo provincial. Os comitês intitulados “Mantenham nossos Médicos” (KODC’s no original: *Keep Our Doctors Committees*) tiveram uma divulgação intensa nos jornais e conseguiram mobilizar passeatas com milhares de pessoas e coletaram também um abaixo assinado de cerca de 46.0000 assinaturas contra o plano do governo. O número é bastante expressivo tendo em vista o tamanho a população da Província de *Saskatchewan* na época (NAYLOR, 1986; TAYLOR, 1978).

Quando a Província lançou seu programa, na data prevista, cerca de 90% dos médicos paralisaram suas atividades, recusando-se a atender pacientes mesmo em emergências. O governo provincial contratou emergencialmente médicos da Inglaterra. Os jornais locais apoiavam a greve, os jornais de fora da província a condenavam. A Associação Médica Canadense (AMC) e a Associação Médica Americana (AMA) apoiavam os grevistas (RACHLIS, 2004).

Depois de 23 dias, devido aos desgastes sofridos de ambos os lados, a greve foi encerrada. Os médicos aceitaram a oferta do governo provincial: eles receberiam seus honorários dentro do método tradicional, de pagamento por procedimento, e poderiam complementar esse valor, cobrando uma taxa diretamente do usuário dos serviços (RACHLIS, 2004; TAYLOR, 1978).

Na província de *Saskatchewan*, as eleições que se seguiram à implantação do programa se tornaram um referendo virtual ao governo da província. O partido perdeu todas as suas cadeiras. O Partido Liberal, que assume o governo da Província, entretanto, não fez mudanças significativas na legislação e continuou com o programa estabelecido anteriormente.

Tommy Douglas, e seu partido, tendo modificado o nome para Novo Partido Democrata (NDP, no original), também sofreram reveses eleitorais significativos em nível nacional. Tommy Douglas perdeu o assento que disputava na cidade de Regina, capital da província de *Saskatchewan*, e o novo Partido também perdeu vários assentos nas eleições federais de 1962. Segundo Taylor,

O Partido [CCF/NDP] tinha alcançado um dos seus maiores objetivos ao qual ele tinha se comprometido desde seu início. Mas ele fez isso ao custo de polarizar a sociedade de Saskatchewan de uma maneira tal como não tinha acontecido com nenhuma de suas outras políticas sociais. Embora seja impossível de se relacionar à derrota política com apenas um único motivo, parece razoável de se supor que essa polarização serviu como um catalisador que uniu todas as forças de oposição o suficiente para derrotar o Governo em 1964 e prevenir o seu retorno até 1971<sup>138</sup> (TAYLOR, 1978, p. 328, nossa tradução).

Nos anos seguintes a implementação do programa na Província de *Saskatchewan*, e seguindo as recomendações do Relatório Hall, uma legislação muito semelhante foi aprovada a nível nacional, o *Medical Care Act*, em 1966, que criou o *Medicare*. O *Medicare*, em linhas gerais, seguiu o mesmo modelo de financiamento do *Hospital Act*, ou seja, o Governo Federal financiava cerca de 50% dos valores incorridos pelas províncias.

De fato um programa de seguro saúde já tinha sido proposto pelo Partido Liberal desde a década de 30 e, no final da Segunda Guerra, o Partido e a burocracia, que quase se confundia com o Partido, elaborou uma série de propostas para o setor. As disputas entre províncias e Governo Federal impediram que fossem implementadas aquelas propostas, mas essa questão nunca tinha saído da agenda do Partido.

Em 1972, todas as províncias no Canadá já tinham estabelecido os seus planos de saúde locais. O *Medicare*, assim, criou um sistema de saúde que preservou o status da profissão: o pagamento por procedimento e a prática privada foi mantida intocada e também nenhuma modificação maior na organização ou conteúdo do trabalho médico foi feita. O valor dos honorários passou a ser pago pelo Estado, e ainda se conservou a possibilidade de complementar esse valor com uma taxa paga diretamente pelo paciente. Por um lado, o Relatório Hall, embora aceitando o princípio do envolvimento do Estado no setor, também não deixou de refletir a forte resistência da profissão em proteger sua autonomia e o controle sobre seu trabalho. Assim, “o maior impacto do sistema de seguro saúde canadense foi

---

<sup>138</sup> “The CCF party of Saskatchewan had achieved one of the major objectives to which it had been committed since its inception. But it did so at a cost of polarizing society to a greater extent than did any of its other social policies. Although it is impossible to ascribe political defeat to any single cause, it seems reasonable to assume that this polarization served as a catalyst in uniting the opposition forces sufficiently to defeat the Government in 1964 and prevent its return until 1971” (TAYLOR, 1978, p. 328).

institucionalizar o *status quo*” e assim tornou mais difícil qualquer futura mudança na estrutura do sistema<sup>139</sup> (TORRANCE, 1998, p. 18-9, nossa tradução).

### 5.3. O Canada Health Act de 1984

Em 1984, o Parlamento no Canadá aprovou o *Canada Health Act* (CHA). O CHA foi uma reafirmação daquilo que as províncias e o Governo Federal tinham aprovado nas legislações anteriores: o *Hospital Act*, em 1957 e o *Medical Care Act*, em 1966.

De acordo com Monique Bégin, Ministra Federal da Saúde à época, a questão das cobranças extras por parte dos médicos e províncias era um dos principais alvos da legislação de 1984 (BEGIN, 2002). O processo de criação da nova legislação seguiu um padrão de negociação no qual o Parlamento apenas ratificou aquilo que tinha sido decidido em outras instâncias, como já se tentou mostrar no capítulo 1.

As razões da adoção do CHA ainda podem despertar algum debate acadêmico<sup>140</sup>. Entretanto, é inegável que a habilidade do Governo Federal em influenciar as políticas de saúde em nível provincial tinha sido enfraquecida pelas mudanças nas fórmulas que determinavam com quanto o governo participava no financiamento das políticas de saúde nas províncias.

Nos primeiros vinte anos, a contribuição financeira do Governo Federal na manutenção do *Medicare* tinha sido determinada como uma percentagem – aproximadamente a metade – dos gastos incorridos pelas províncias em alguns itens específicos cobertos pelo seguro saúde. Em 1977, esses arranjos de repartição de custos foram substituídos por transferências per capita para as províncias e territórios. Isso era conhecido como financiamento em bloco. No período entre 1977 e 1996, a contribuição federal era baseada num “direito tributário” calculado com base num per capita uniforme e que tomou a forma de um direito de tributação (repassado para as províncias) ou em transferências de dinheiro<sup>141</sup> (SARROUH, 2002, p. 58, nossa tradução).

---

<sup>139</sup> “The national health insurance program, which was enacted by 1970, largely followed the blueprint drawn by the Hall Commission Report of 1964. It opted for compulsory universal coverage and public administration, rejecting the role of voluntary plans as intermediaries. But, in most ways, it did little to challenge the medical establishment. Private practice and fee-for-service were left in place. No major structural changes in the organization or content of medical work were made. (...) However, in other ways, the main impact of the Canadian health insurance program was to institutionalize the status quo and hence increase the difficulty of structural changes needed to make health care more responsive to society” (TORRANCE, 1998, p. 18-9 grifos nossos).

<sup>140</sup> Essa interpretação embora aceita em alguns meios é contestada por Tuohy, que argumenta que o CHA foi uma forma de o Partido Liberal tentar reconquistar o apoio da população, ao trazer para o debate parlamentar a questão da saúde, que tem um apelo eleitoral muito forte no Canadá (HODGETTS, 1974).

<sup>141</sup> “For the first 20 years, the financial contribution of the federal Government in support of Medicare was determined as a percentage—approximately a half—of provincial expenditures on specified insured health services. In 1977, these cost-sharing arrangements were replaced by per capita transfers to the provinces and territories. This was known as block funding. For the period 1977-1996, the federal contribution was based on a

Com as mudanças nas fórmulas de cálculo, o financiamento direto do Governo Federal foi diminuindo e, com ele, a capacidade de influenciar as políticas nas províncias. O CHA, assim, foi uma tentativa de, pela força de uma legislação, conservar um arranjo que até então tinha sido mantido pela capacidade financeira do Governo Federal induzir um determinado tipo de arranjo a nível provincial.

O CHA estabelece nove requerimentos que os governos provinciais devem atender em seus sistemas de saúde públicos para se qualificar para receber as contribuições em dinheiro estabelecidas no CHT (*Canada Health Transfer*). Esses nove requerimentos incluem cinco critérios, entre eles, a administração pública dos planos e portabilidade dos planos entre as províncias. O CHA proíbe ainda a cobrança de qualquer tipo de contribuição dos usuários e também a prática de cobranças extras. O CHA especifica dois tipos de serviços que podem ser disponibilizados pelos governos provinciais: os “serviços segurados” (*insured health services*) e os serviços extensivos (*extended health services*). Somente os “serviços segurados” estão incluídos nas penalidades previstas no CHA (MADORE, 2004).

A previsão do CHA de que os planos tinham que ter uma administração pública não significa que os estabelecimentos de saúde tinham que ser de propriedade das províncias. A maioria dos estabelecimentos de saúde é formada por organizações sem fins lucrativos (MADORE, 2004).

O CHA dispõe que “serviços segurados” são todos aqueles “medicamente necessários”. O significado do que é “medicamente necessário” é, entretanto, definido somente num sentido muito genérico. Usualmente se refere aos serviços hospitalares, incluindo os medicamentos e todos os serviços hospitalares, e também os serviços médicos, ou de outras profissões de saúde que precisam ser realizados dentro de um hospital (MADORE, 2004).

Assim, dentro desses limites, as províncias podem definir o que elas consideram como sendo “medicamente necessário”. Um serviço pode ser incluído ou excluído das listas que são feitas periodicamente pelas províncias. Isso dá às províncias uma margem de manobra bastante ampla para definir o que será ou não coberto pelo seu plano de saúde, e assim determinar o tamanho do setor privado no setor saúde. Todos os demais serviços são classificados como “serviços extensivos”, podem ou não ser fornecidos pelas províncias. Se fornecidos pelas províncias, o estabelecido no CHA não se aplica e, portanto, eles estão

---

uniform per capita entitlement and took the form of a tax transfer (taxing power) and cash payments” (SARROUH, 2002, p. 58).

sujeitos a cobrança de taxas extras sobre o usuário, ou até de cobranças do valor total do serviço prestado ao usuário (MADORE, 2004).

O setor privado nesse arranjo detém cerca de 30% dos gastos do setor. Ele pode atuar em todas aquelas áreas não cobertas pelas provisões do CHA. Os demais 70% dos serviços de saúde são públicos, isto é, são pagos com recursos públicos, mas, na sua grande maioria são prestados por empresas privadas. Assim, todo o debate em torno da privatização se resume à possibilidade dos canadenses acessarem ou não o setor privado para aqueles procedimentos classificados como “medicamento necessários”, já que, independente da disponibilidade financeira do usuário, ele somente pode utilizar a rede pública para aqueles procedimentos cobertos pelos planos provinciais, dentro da classificação de “medicamento necessários” (MADORE, 2004).

O estabelecimento dessa proibição existe porque muitos acreditam que a permissão para o setor privado operar no setor de exclusiva responsabilidade do setor público poderia levar àqueles pacientes que podem pagar a receber um tratamento prioritário, enquanto os demais teriam que esperar os serviços do setor público para serem atendidos. Os defensores do sistema atual alegam que a existência de uma possibilidade privada iria aumentar, e não diminuir, o tempo de espera para os procedimentos que hoje possuem um tempo de espera maior (MADORE, 2004).

De qualquer modo, toda vez que um serviço deixa de ser listado por uma província como “medicamento necessário”, ou, toda vez que um serviço antes realizado num hospital passa a ser realizado a nível ambulatorial, ou exige menos tempo de hospitalização, pode ocorrer um aumento na participação do setor privado, já que todo o cuidado fora do hospital pode estar sujeito à cobrança ou não de complementação<sup>142</sup>. As províncias, assim, possuem uma margem de manobra para se adaptarem às diferentes conjunturas econômicas.

#### **5.4. O Canadá depois do *Canada Health Act*: uma nova “revolução silenciosa”?**

A extensão, o ritmo e a profundidade das mudanças na política social do Canadá desde a metade dos anos 80 têm sido extraordinárias. Eu descrevo isso como uma transformação, ao invés de utilizar a palavra revolução, somente porque o último termo [revolução] significa a destruição completa de uma ordem velha e sua substituição por uma nova ordem. Esse não é o caso da política social, tendo em

---

<sup>142</sup> Por exemplo, muitas cirurgias que antes demandavam que o paciente ficasse hospitalizado vários dias, agora podem ser realizadas em nível ambulatoriais ou com menor tempo de internação. Assim, o custo dos medicamentos, que antes entravam no custo do hospital, agora são transferidos para o paciente. É a “chamada privatização passiva”.

vista que os canadenses nunca foram de revoluções<sup>143</sup> (BATTLE, 1998, p. 322, nossa tradução).

No Canadá as políticas de Bem-Estar Social têm seguido, em linhas gerais, aquilo que tinha sido proposto na metade da década de 40 (século XX) em dois documentos elaborados a nível federal: as propostas dos chamados livros Verdes e Brancos (*Green and White Book Proposals*). Naquela época, em valores ajustados pela inflação do dólar canadense até 1998, o Governo canadense gastava cerca de 6 bilhões, ou 4,7% do PIB em programas sociais. Em 1980, esse valor tinha subido para 14,3% do PIB, ou 95 bilhões de dólares. No início dos anos 90 (entre 1992-3), não obstante os inúmeros cortes feitos nos programas sociais durante a década de 80, esse valor teria passado para 159 bilhões, ou 21,1% do PIB (BATTLE, 1998).

Desde a segunda metade da década de 80, dois dos maiores programas sociais do Canadá, o programa de aposentadorias e o de “salário família” (*Universal Family Allowances and Old Age Security*), passaram por inúmeros cortes de recursos, deixando de ser universais e se tornando programas que utilizam critérios de renda para sua inclusão. O *Medicare* continua universal, mas sob uma grande pressão para que o setor privado possa atuar naquelas áreas que hoje são de exclusiva responsabilidade do Estado. A discussão gira em torno da adoção ou não de um sistema denominado de “dois níveis” ou “dois andares” (*two-tier system*). Entretanto, mesmo que ainda sejam proibidas as cobranças de uma complementação dos usuários dos planos provinciais, as mudanças na forma de operação dos hospitais, e a prática de exclusão de alguns procedimentos da lista dos “medicamentos necessários”, acabam por gerar um aumento do gasto privado no setor saúde (BATTLE, 1998). “O impacto dessas mudanças são claramente refletidas na proporção dos gastos em saúde pagos de forma privada, que subiram de 23,3%, em 1983, para um estimado de 30,3%, em 1998”. Esse aumento ocorreu depois da promulgação do *Canada Health Act*, em 1984<sup>144</sup> (ARMSTRONG; ARMSTRONG, 1999, p. 1203, nossa tradução). Assim, os custos de ajuste no sistema são transferidos para os usuários do sistema, sem que tenha sido preciso fazer nenhuma modificação na legislação do CHA.

Os cortes de gastos sociais se iniciaram com a chegada do Partido Conservador ao poder, em 1984, mas continuaram depois com o Partido Liberal. As linguagens adotadas pelas propostas de corte talvez expliquem, em parte, o porquê deles terem sido feitos sem grande

---

<sup>143</sup> “The extent, pace and depth of change in Canadian social policy since the mid-1980s have been extraordinary. I would describe this as transformation rather than revolution, only because the latter term conjures a complete tearing down of the old order and its replacement by a new one. That has not been the case for social policy, since Canadians have never been ones for revolution” (BATTLE, 1998, p. 322).

<sup>144</sup> “The impact is clearly reflected in the share of health care paid for privately, which rose from 23.3% in 1983 to an estimated 30.3% in 1998” (ARMSTRONG; ARMSTRONG, 1999, p. 1203).

oposição do ‘público em geral’. A linguagem utilizada “envolve os mecanismos arcanos e terminologia técnica que são uma [língua] estrangeira para a maioria das pessoas”. Alguns observadores, entretanto, acreditam que mesmo que tivesse havido um debate, ele talvez não tivesse ajudado os defensores da manutenção da universalidade dos programas. Segundo Battle, “Os canadenses se dizem orgulhosos dos seus programas sociais, os quais são alardeados como sendo um indicativo de sua natureza misericordiosa e recusa em aceitar a ética individualista dos estadunidenses de cada um (ou uma) por si mesmo (a)”. De fato, durante os anos em que os cortes foram implementados algumas vozes teriam se levantado em discordância com as medidas, temendo que os valores solidaristas estavam ameaçados pelas medidas. Entretanto, “o debate sobre a universalidade [dos programas] estava, de uma maneira geral, confinado numa pequena comunidade política e nunca teve muita ressonância com o público ou com os beneficiários desses programas universais”. Para o autor, os canadenses têm “uma atitude profundamente ambivalente e esquizofrênica em relação aos problemas sociais e serviços sociais” os quais eles consideram de duas maneiras: “como um direito de cidadania e como uma causa de uma dependência prejudicial e que exaure a economia<sup>145</sup>” (BATTLE, 1998, p. 337, nossa tradução). Essa atitude ambivalente em relação aos programas sociais, aparentemente, não é somente algo característico do Canadá<sup>146</sup>.

A pergunta que se poderia fazer é, como que o setor saúde no Canadá se manteve com um referencial universal, apesar da tendência das políticas sociais ser em direção a um modelo residual?

### **5.5. O Medicare e o papel dos prestadores**

A explicação para a manutenção do referencial universal, num país como o Canadá, no qual a maioria dos programas social possui um referencial residual, parece estar menos no

---

<sup>145</sup> “The very language used here—MIE and YBE—does not trip lightly off the tongues of Canadians, illustrating one of the reasons why stealth has proved so successful: it involves arcane mechanisms and technical terminology that are foreign to most people. (...) Another factor in the transformation of Canadian social policy is what might be termed our schizophrenic or deeply ambivalent attitude towards social problems and social services. Canadians are said to pride themselves on their social programs, which are touted as indicative of their compassionate nature and refusal to allow the individualistic every-person-for-him/herself ethic of Americans. Indeed, some fear that this crucial social solidaristic value is endangered by the rise of the global economy and the apparent declining power of the nation state. (...) Certainly, many Canadians have an ambivalent attitude towards social security, which they see both as a right of citizenship and as a cause of unhealthy dependency and a drain on the economy” (BATTLE, 1998, p. 337, grifos nossos).

<sup>146</sup> No Brasil, quase que diariamente, os debates políticos mostram essa mesma atitude ambivalente em relação ao gasto público em saúde. No caso do Canadá, essa atitude ambivalente poderia ser vista nas pesquisas de opinião, nas quais o público expressa uma preocupação com o aumento do custo de saúde mas, ao mesmo tempo, é favorável ao aumento dos recursos em pesquisa biomédica o que, no final, traz um aumento nos custos do setor (KEENAN, 2003).

apoio dos canadenses à manutenção desse caráter universal do sistema e mais nos interesses dos atuais grupos de interesse que se beneficiam do sistema, os prestadores dos serviços de saúde.

De uma maneira geral a “questão da saúde”, a defesa do *Medicare*, é um tema quase obrigatório nas disputas políticas. A população, em todas as pesquisas de opinião, demonstra um apoio ao atual sistema, mas não é contrária a mudanças. Assim, existe o espaço para transformações naquilo que para muitos é uma imposição indevida do Estado, ou seja, a impossibilidade do setor privado atuar simultaneamente na produção e venda daqueles serviços médicos que hoje são de responsabilidade das províncias.

Como foi visto, desde a introdução do *Medicare* todas as províncias enfrentam uma crescente escalada dos custos do setor. Essa inflação do setor tem várias causas e explicações, entre elas, a forma como se estrutura o setor.

De fato, uma grande parte desse aumento dos custos está na forma como estão organizados os serviços de saúde, a maior parte dos quais são financiados por fontes públicas, mas prestados por entes privados. Assim, existe um conjunto de serviço de saúde disponível para todos os canadenses e prestado por um número de organizações dinâmicas e independentes. Entretanto, embora o governo financie a maioria dessas organizações (hospitais, médicos e outros prestadores), ele não consegue controlar diretamente o comportamento delas, tendo em vista que são organizações não governamentais e administradas de forma independente do governo<sup>147</sup>. “Existe uma situação de certa forma anômala na qual os governos (provinciais) podem determinar a política desses setores, mas não podem controlar diretamente o comportamento das organizações que de fato prestam os serviços de saúde<sup>148</sup>” (SARROUH, 2002, p. 78, nossa tradução).

Os serviços de saúde estão centrados basicamente nos serviços dos médicos e hospitais. Esses dois itens representam 43% dos gastos do setor saúde (médicos, 13% do total dos gastos em saúde; hospitais, 30%). Para a maior parte dos usuários, os “médicos de família” (*primary care physicians*) são o principal contato com o sistema de saúde: eles “referenciam” o usuário para outros serviços no hospital (como exames e diagnósticos) e para outras especialidades médicas. A forma como está organizado o trabalho médico no Canadá é

---

<sup>147</sup> Por exemplo, mais de 95% dos hospitais são operados por entidades sem fins lucrativos. Eles têm controle sob a aplicação dos recursos e do dia a dia administrativo, contanto que se mantenham operando dentro do orçamento estabelecido pela autoridade regional ou provincial (SARROUH, 2002).

<sup>148</sup> “A somewhat anomalous situation exists in which Governments can determine policy in these fields, but they cannot directly control the behaviour of the organizations that actually deliver health care” (SARROUH, 2002, p. 78).

muito próxima da maneira como estão organizados esses serviços nos Estados Unidos: eles trabalham como pequenos empreendedores e seus salários são determinados pelo número de procedimentos ou consultas que produzem. A diferença está na fonte pagadora, nos Estados Unidos são os clientes privados, as companhias seguradoras e o Estado; no Canadá, a maior parte é oriunda de recursos públicos (BOURGEAULT; BENOIT; DAVIS-FLOYD, 2004). Alguns analistas argumentam que essa forma de pagamento é uma das causas da inflação (no setor saúde) acima da média nesses países, que os colocaria entre aqueles que possuem os gastos em saúde mais altos do mundo<sup>149</sup>.

Além disso, o setor hospitalar (que sozinho se constitui num poderoso grupo de interesse) é complementado por um grande número de organizações não governamentais e outras associações voluntárias. O número dessas organizações é estimado em 175 mil (incluindo todas as organizações que trabalham na área de políticas sociais, cuja maior parte está no setor saúde ou na educação). Hospitais, universidades e essas outras organizações são responsáveis por cerca de 1,3 milhão de empregos, mais ou menos 9% da força de trabalho do país. Cerca de 35% desses empregos estão em hospitais e 21% em instituições de ensino (SARROUH, 2002).

De acordo com Allison (ALLISON; HALPERIN, 1972), “quanto maior o número de jogadores que podem agir de forma independente numa determinada questão, menos as ações estatais irão refletir as decisões de governo naquela questão”, já que aquelas organizações estatais irão se comportar de modo a maximizar seus interesses dentro dos limites impostos pelas circunstâncias da implementação<sup>150</sup> (ALLISON; HALPERIN, 1972, p. 54, nossa tradução).

Assim, essas organizações formam uma rede de proteção às modificações no setor, já que a entrada do setor privado traria uma diluição dos recursos disponibilizados pelo setor público. O setor privado, tenderia a se concentrar nas partes mais lucrativas do sistema e deixaria outros procedimentos, potencialmente menos lucrativos, nas mãos do setor não governamental.

Se o setor privado recebesse a permissão para operar naquelas mesmas áreas que o setor público hoje tem exclusividade, essas organizações (hospitais principalmente) iriam ser

---

<sup>149</sup> Veja por exemplo Mhatre e Deber (MHATRE; DEBER, 1998) e Schieber e Poullier: SCHIEBER G. L.; J. P. POULLIER. International Health Care Expenditure Trends: 1987, **Health Affairs**, 8(3), 169-77, 1989.

<sup>150</sup> “The larger the number of players who can act independently on an issue, the less the government's action will reflect decisions of the government on that issue. Where a decision leaves leeway for the organization that is implementing it, that organization will act so as to maximize its organizational interest within constraints” (ALLISON; HALPERIN, 1972, p. 54).

fortemente afetadas, já que teriam que competir pelos recursos públicos com as clínicas privadas. Essas clínicas iriam atuar naqueles setores em que as chances de lucros são maiores, como, por exemplo, alguns procedimentos especializados.

De outro lado, pressionadas para a adoção de alguma medida que permita a transferência de parte do custo público para o setor privado, estão as províncias.

As províncias, por sua vez, têm interesse em reduzir seus custos no setor e a possibilidade de passar adiante parte desses custos, principalmente aqueles procedimentos mais caros. As províncias, que comprometem cerca de 30% dos seus recursos orçamentários com saúde tem interesse em reduzir ou controlar a expansão do gasto público<sup>151</sup>. Medidas como a exclusão de procedimentos antes classificados como “medicamente necessários” provou ser uma forma interessante de controle de custos nas províncias. Essa exclusão de procedimentos criou também um novo nicho de mercado para os profissionais médicos e o setor privado. Assim, se formou uma confluência de interesses entre o setor privado, províncias e médicos.

Essa “afinidade eletiva” entre os três interesses pode ser vista em algumas propostas de reforma desenvolvidas pelo governo das províncias de Alberta e Quebec<sup>152</sup>: Essas propostas iriam criar um setor privado no qual o médico poderia voltar a ter um controle parcial sobre sua capacidade de gerar renda. A velha demanda dos profissionais médicos em manter um “andar” social no qual eles pudessem praticar a discriminação de preços estaria de volta numa nova roupagem da redução dos custos e da “competição gerenciada”. Assim, a “privatização do sistema de saúde, ou de partes do sistema de saúde, injeta recursos privados” no setor saúde, o que “permite que o Estado administre a taxa de crescimento dos gastos sociais” e que “os médicos mantenham os seus rendimentos<sup>153</sup>” (BURKE; STEVENSON, 1998, p. 611, nossa tradução).

Muitos analistas argumentam que essa solução não resolveria o problema dos custos crescentes no setor, tendo em vista que apenas haveria um repasse de custos do Estado para a população e que essa medida apenas substituiria a negociação de preços hoje feita “em bloco” pelos mecanismos de mercado.

---

<sup>151</sup> Coburn em artigo de 1997 estimava que os gastos em saúde consumiriam cerca de 30% dos orçamentos das províncias (COBURN; RAPPOLT; BOURGEOULT, 1997).

<sup>152</sup> Um artigo de jornal de 2006 mostrava que a Província de Alberta tinha se tornado um magneto para os médicos depois de introduzir um novo sistema de pagamentos mais atrativo (WHYTE, 2006). Outras reportagens mostravam a intenção de Alberta (HARDING, 2006) e Quebec (SÉGUIN, 2006) criarem a chamada “terceira via” para o setor saúde.

<sup>153</sup> “To the extent that privatizing health care, or parts of health care, injects private funds into the system, it allows the state to manage the rate of growth in social expenditure and physicians to maintain their incomes”. (BURKE; STEVENSON, 1998, p. 611).

Entretanto, ao menos no estágio inicial, haveria uma redução do peso do Estado no setor, que transferiria esse problema do âmbito estatal para o âmbito individual. Isso teria um efeito de “suavizar” as disputas no setor. Conforme Lowi, a divisão de um grande problema em milhões de pequenos problemas tem como resultado a multiplicações de interesses e, no final, a redução de conflitos (LOWI, 1964). Outros argumentam que a melhor forma de reduzir um custo é transferir ele para um terceiro. A tendência atual de terceirização na economia mostra que esse argumento tem uma certa consistência. O custo da saúde deixa de ser uma “questão social” e passa a ser uma “questão individual”.

Assim, existe uma tendência não de remover o Estado do setor saúde, já que mesmo que essas propostas fossem implementadas elas não teriam como resultado aquilo que muitos afirmam ser o fim do *Medicare*. De fato, nenhum dos críticos do atual sistema quer o retorno a puros mecanismos de mercado, se busca que sejam abertos determinados nichos que hoje o Estado tem exclusividade de atuação e com potencialidade de geração de lucro (PRÉMONT, 2002).

No “mercado” de saúde determinadas ocorrências e consumidores são “inseguráveis” e, portanto, o Estado teria o seu papel. O retorno ao mercado é um retorno ao “mercado de saúde”, no qual uma parte dos prestadores possui um monopólio de determinadas atividades garantidas pelo Estado, mas podem determinar seus preços de acordo com as regras de mercado.

A permanência do sistema atual pode portanto ser explicada, em parte, pela disputa entre esses dois grupos e seus interesses: os atuais beneficiários do sistema e os futuros beneficiários. São organizações com recursos e capacidade de vocalizar seus interesses, o que colabora para que o tema saúde seja uma constante nos jornais e outras mídias. No meio dos dois grupos estão os médicos.

## **5.6. Os médicos sua posição e interesses dentro do setor saúde no Canadá**

No setor saúde os médicos decidem quando e se o paciente precisa de internação, a duração dessa internação, o uso de diagnóstico e procedimentos terapêuticos, a medicação, entre outros. A posição dos médicos dentro do sistema de saúde é aquela de uma “burocracia operativa” (*street-level bureaucrats*), ou seja, seu poder está na capacidade de influenciar as políticas no momento da implementação.

Assim, a intervenção do governo no setor saúde teve que se “acomodar” com os interesses dos médicos para conseguir ser efetiva. As formas que assumem esses arranjos variam de um país para outro (BURKE; STEVENSON, 1998; TUOHY, 1999).

Nas primeiras décadas do século XX, os interesses da profissão e o limitado papel desempenhado pelo Estado na saúde fazia com que não existissem maiores entraves para essa acomodação de interesses entre Estado e médicos. Como se viu as divergências começaram na década de 30, quando as primeiras propostas de um seguro amplo começaram a ser esboçadas. Ainda assim, até a década de 60 havia uma relativa conjunção de interesses, ou pelo menos não parecia haver divergência entre os interesses da burocracia de Estado e a profissão médica. Como mostra Taylor (1960), a profissão participava na criação e implementação das políticas públicas dentro de um esquema de intermediação de interesses tipicamente corporativo.

A principal objeção da profissão às propostas de um seguro saúde patrocinado pelo Estado na década de 30, na Columbia Britânica, era a de que o plano não estabelecia nenhuma restrição de renda. Ou seja, na visão da profissão, deveria se deixar de fora uma parte do mercado no qual ela pudesse continuar a exercer sua função e cobrar seus honorários de acordo com a renda do paciente. Não havia nenhuma objeção à ação estatal, contanto que ela criasse mercado, ou seja, fornecesse os meios para aqueles que não pudessem pagar pela sua saúde fossem incluídos no mercado de saúde.

O crescimento do setor de seguros privados, durante a década de 50, criou uma resistência maior à intervenção do Estado e uma junção entre os interesses da profissão e as seguradoras, que assumiu a aparência de uma cruzada em nome da livre empresa e contra o socialismo (PRÉMONT, 2002).

A partir da década de 60, o novo papel do Estado no setor seria gradualmente aceito pela corporação, seja porque era visto como inevitável, seja porque não representou inicialmente nenhuma ameaça à autonomia financeira da profissão. A profissão manteve não somente sua posição dentro do setor e frente a outras profissões, mas também seu direito de cobrar uma complementação do paciente, caso não concordasse com os preços estabelecidos pelo Estado. A barganha ente a profissão e Estado até expandiu as estruturas corporativas antes existentes (TUOHY, 1999).

Esse processo de “acomodação” foi e continua sendo perpassado por momentos de maior desacordo, quando, em algumas ocasiões a corporação recorreu ao recurso da greve, ou a paralisações de curto período. Principalmente durante as negociações em torno do valor

pago por cada consulta do profissional. Essa e outras questões são negociadas diretamente entre cada “*College*” local e as províncias.

No Canadá, como em outros lugares, a profissão não é um agregado monolítico, mas sim um conjunto de diversos subgrupos cada um com seus próprios objetivos (MUTIZWA MANGIZA, 1999). Entretanto, no caso do Canadá existe uma minoria estrategicamente situada que conduz essas negociações entre Estado e profissão. Assim, embora, a grande maioria dos médicos mantenha o ideal de pequeno empreendedor e condene a intervenção do Estado, ou defenda a limitação da ação do Estado a determinados grupos sociais, existe também essa “minoria estrategicamente situada cuja opinião difere da maioria empreendedora em muitos aspectos importantes. Sua principal preocupação é a autonomia clínica dos médicos”, e não a defesa da maneira tradicional de remuneração<sup>154</sup> (TUOHY, 1988, p. 278, nossa tradução)

Assim, a profissão manteve um status diferenciado dentro do setor saúde e, embora com divergências entre a melhor estratégia a ser seguida pelos membros da profissão, consegue manter muito de sua autonomia técnica e financeira, mesmo depois da proibição de cobranças extras dos pacientes, em 1984. Uma prática que, aliás, era utilizada apenas por uma pequena parcela da profissão. “No imediato despertar da proibição de complementação em Ontário, isso começou a parecer que a proibição não tinha sido somente simbólica, mas meramente simbólica – isto é, os efeitos tangíveis da prática iriam continuar sob um outro disfarce”. Cobranças adicionais continuaram a ser feitas de pacientes para serviços ditos não segurados<sup>155</sup> (TUOHY, 1988, p. 292, nossa tradução).

Assim, a legislação de 1984 não modificou os termos que tradicionalmente regulavam a relação entre profissão e Estado e nem conseguiu impedir que o médico buscasse outras formas de complementar a sua renda, dentro dos limites da lei.

### **5.6.1. Resistência Passiva e poder profissional**

Uma análise do processo que conduziu ao *Medicare* no Canadá mostra que, apesar de sua aprovação se apresentar como uma rejeição dos interesses da profissão (e setor privado) em manter o Estado num papel apenas complementar (de financiar a saúde dos pobres), ele

---

<sup>154</sup> “There is, moreover, a less obvious but more strategically situated minority whose opinions differ from the entrepreneurial majority in several important respects. Their central concern is the physician's clinical discretion subject to professionally determined standards, not the defence of the traditional institutions of fee-for-service practice” (TUOHY, 1988, p. 278, grifos nossos).

<sup>155</sup> “In the immediate wake of the ban on extra-billing in Ontario, it began to appear that the ban might have been not only symbolic but merely symbolic - that is, that the tangible effects of the practice would continue in another guise” (TUOHY, 1988, p. 292).

também reafirmou o poder da profissão médica ao preservar sua autonomia no sistema (BURKE; STEVENSON, 1998; NAYLOR, 1986).

Para alguns autores, durante os anos 80 e 90, uma série de modificações nas legislações de profissões e outras formas de controle criadas pelo Estado estaria reduzindo o poder da profissão em influenciar as políticas do setor. Assim, as estruturas de intermediação de interesse estariam servindo para o Estado controlar ou reduzir a autonomia profissional (COBURN; RAPPOLT; BOURGEOULT, 1997; COBURN, 1998).

Por outro lado, nos anos recentes, as demais profissões da saúde estariam pressionando o Estado no sentido de modificar a autonomia dos médicos e conseguir mais espaço e influência dentro da organização do setor saúde. Esses novos grupos, embora denunciando o monopólio médico, não buscariam eliminá-lo, mas sim substituí-lo, ou se apropriar de uma parte desse monopólio. Nenhum deles prega o fim do controle das profissões sobre o mercado profissional, com o registro ocupacional. Assim, o que eles buscam é uma posição mais vantajosa para eles dentro do sistema de profissões, sem alterar as bases tradicionais sob as quais se assenta o poder dos médicos (BURKE; STEVENSON, 1998; FREIDSON, 1989)

Segundo Coburn (1998), esses dois movimentos (aumento da regulação sobre a profissão e novas profissões com status reconhecido pelo Estado) estariam erodindo as bases tradicionais do poder profissional dos médicos.

Um dos exemplos citados por Coburn desse processo de erosão do poder profissional estaria numa legislação específica que teria sido criada pela Província de Ontário, em 1993: o Ato de Regulação das Profissões de Saúde (*Regulated Health Professions Act -RHPA*). O RHPA teria servido para tornar mais difusas as fronteiras entre as profissões já que teria estabelecido 13 atos cuja execução estaria restrita às profissões de saúde. Dos 13 atos, somente um estaria fora da jurisdição da profissão médica (a dispensação de aparelhos ortodônticos), todas as demais profissões teriam o direito de executar um ou mais dos treze atos médicos. Durante aquelas discussões, 75 ocupações tinham procurado reconhecimento do Estado, somente 24 tiveram esse reconhecimento. “Muitas delas, sem dúvida, tinham pensado que sua incorporação na nova legislação significaria sua inclusão imediata ou posterior na lista dos serviços remunerados dentro dos serviços de saúde [do *Medicare*]. Isso não aconteceu<sup>156</sup>” (COBURN, 1998, p. 341, nossa tradução).

De fato, a Província de Ontário teria expandido o controle burocrático sobre as organizações corporativas dos médicos. Porém, em nada alterou as formas tradicionais de

---

<sup>156</sup> “Many of them undoubtedly thought that incorporation under new legislation meant either immediate or later inclusion under fee-for-service health insurance. It did not” (COBURN, 1998, p. 341).

capitalização do título, ou a posição do médico dentro do setor. O médico, dentro dos limites da legislação, continua a determinar a forma e o contexto de sua prática. Ao mesmo tempo, o fato de o médico poder realizar 12 dos 13 atos, parece ser antes uma indicação clara de seu poder dentro do setor saúde e não sua erosão.

Por outro lado, graças à posição dos médicos, uma legislação que contrarie os interesses do grupo está sujeita a se tornar inoperante.

Como já tentamos mostrar, existe uma distância entre a legislação e a implementação de uma política pública, que não deve ser desconsiderada. Assim como os demais “burocratas operativos”, os médicos possuem uma grande margem de manobra para condicionar a implementação de qualquer política. Eles podem utilizar-se de inúmeras alternativas, incluindo: implementação da letra, mas não do espírito da lei; atrasos na operação dos serviços; desobediência direta ou uma “implementação padrão” das regras; entre outras formas de táticas que podem inviabilizar qualquer política<sup>157</sup> (ALLISON; HALPERIN, 1972).

Essas formas de “resistência passiva” não devem ser ignoradas<sup>158</sup>. Ainda mais no caso dos médicos que possuem um poder muito maior que qualquer “burocrata operativo” e podem utilizar com muito mais força o seu poder de vetar uma política todas as vezes que eles não concordem com ela, ou vejam na política proposta uma ameaça à sua posição.

Um exemplo dessa forma de resistência passiva é o fracasso da Associação Médica de Ontário em promover a adoção dos “Protocolos Médicos Voluntários” (*Voluntary Clinical Guidelines*) descrito no trabalho de Rappolt (1996). Os protocolos eram uma forma da própria corporação se auto-regular e, assim, evitar a expansão crescente dos custos no setor.

Apesar de ser uma iniciativa da própria corporação, esse movimento fracassou, entre outras razões, pela incapacidade da Associação em convencer os médicos da viabilidade e conveniência dos Protocolos. Se a própria corporação não consegue implementar uma inovação quando ela contraria (ou é vista como contrária) os interesses dos médicos, por que o Estado conseguiria produzir um resultado melhor?

Por outro lado, as legislações, além de poderem ser desobedecidas, ignoradas ou aplicadas de uma maneira ou num compasso diferente do previsto, fazendo com que elas se tornem inoperantes, elas também podem ser reinterpretadas segundo os interesses dos

---

<sup>157</sup> Por exemplo, no Zimbábue, um antigo funcionário público dos serviços de saúde daquele país, dizia que quando ele não concordava com uma política oficial ele utilizava todas os mecanismos a sua disposição para atrasar ou não aplicar a legislação, na maioria das vezes a legislação se tornava obsoleta (MUTIZWA MANGIZA, 1999).

<sup>158</sup> A teoria da “resistência passiva” foi utilizada por Scott (1987) em países de “terceiro mundo”, acredito que ela também pode ser utilizada para entender as bases do poder de veto da profissão médica dentro do setor saúde.

diferentes balanços de forças em disputa. Por exemplo, o CHA em 1984, foi promulgado sob a égide da Carta dos Direitos e das Liberdades (*Charter of Rights and Freedoms*). A saúde foi colocada como um dos direitos previstos na Carta. Cerca de pouco mais de 20 anos, a Carta pode ser usada contra os princípios previstos para a organização dos serviços de saúde. A mesma legislação pode ser usada contra ou a favor de algo, segundo a circunstância e a conveniência de quem a aplica.

### 5.6.2. A fila e seus usos políticos

O acesso aos serviços de saúde “independente da capacidade de pagamento”, frase tantas vezes repetida pelos defensores do *Medicare* no Canadá, obscurece o fato que mesmo que alguém tenha essa capacidade de pagamento ela terá que esperar sua vez na fila. Os serviços de saúde não obedecem às regra de mercado, onde os preços determinam o ritmo da demanda. No caso de um sistema público, as listas de espera substituem os preços, na ausência ou impossibilidade de um determinado bem ser disponibilizado para todos que o queiram.

Aqui pouco importa saber se as listas de espera são decorrentes de falta de recursos ou da própria forma como são organizadas as listas e a prestação dos serviços de saúde<sup>159</sup>. Na disputa entre defensores e reformadores do *Medicare* elas se tornaram um dos principais focos da disputa. As pesquisas de opinião mostram que a questão das filas está entre as principais preocupações da população do Canadá. Notícias sobre os tempos de espera para determinados procedimentos são um tema constante na mídia. Usualmente essas notícias são seguidas por propostas para que o Estado permita a injeção de capital privado no setor e os usuários possam utilizar essas opções mediante pagamento<sup>160</sup>.

Essa questão ganhou ainda mais visibilidade quando, em 2005, a Suprema Corte do Quebec suprimiu essa previsão, embora a decisão tenha validade limitada dentro do país, e possui ainda um período de carência que obedece aos rituais legais do país, ela pode criar um precedente para as outras províncias.

---

<sup>159</sup> Rachlis mostra que não existe informação confiável sobre quantas listas diferentes existem para um mesmo procedimento. Geralmente cada hospital tem a sua, que não são atualizadas e, muitas vezes são controladas por um médico ou setor do hospital (RACHLIS, 2004).

<sup>160</sup> As reportagens são freqüentes entre elas destacamos uma que fala da proposta de Quebec para permitir que o clínicas especializadas sejam abertas e possam oferecer um serviço diferenciado naquela província (HEUSER, 2006). Evans comenta que esses dois temas são recorrentes desde 1984, quando a legislação proibiu a cobrança de taxas sobre o uso dos serviços ou complementação nos valores pagos pelos médicos por seus serviços (EVANS et al., 1993).

A decisão da Suprema Corte de Quebec é oriunda de um caso específico: o caso Chaoulli. O médico Chaoulli, após inúmeras tentativas de conseguir permissão para abrir sua clínica e também operar num hospital independente em Quebec, entrou na justiça contra a Província. O caso chegou na Suprema Corte que reconheceu o direito do paciente e do médico Chaoulli em utilizar o cuidado privado, quando esse não fosse disponibilizado em “tempo apropriado” pelo setor público:

A evidência desse caso mostra que os atrasos no sistema público de saúde são freqüentes, e que, em alguns casos sérios, pacientes morrem como resultado das listas de espera pelos serviços públicos. A evidência também demonstra que a proibição contra o seguro saúde privado e suas conseqüências em não permitir que se tenha cuidados vitais em de saúde resulta em sofrimentos físicos e psicológicos que resultam em serias complicações e até morte. Desse modo isso interfere como os interesses protegidos pela seção 7 da Carta de Direitos<sup>161</sup> (CANADA. Supreme Court Canada, 2005).

Assim, se criou uma situação na qual os diversos interesses convergem na direção de modificações que, no final, resgatam os interesses do grupo dominante no setor. Entretanto, poucos representantes dos médicos defendem a adoção de um sistema de saúde nos moldes dos Estados Unidos<sup>162</sup>.

A maioria dos médicos, entretanto, não advoga um retorno aos mecanismos de mercado, mas existe um apoio a um sistema que mantivesse o atual sistema, mas ao mesmo tempo permitisse que eles pudessem, de alguma forma, aumentar os seus rendimentos<sup>163</sup>.

---

<sup>161</sup> “The evidence in this case shows that delays in the public health care system are widespread, and that, in some serious cases, patients die as a result of waiting lists for public health care. The evidence also demonstrates that the prohibition against private health insurance and its consequence of denying people vital health care result in physical and psychological suffering that meets a threshold test of seriousness complications and death. In so doing, it has interfered with the interests protected by s. 7 of the Canadian Charter” (CANADA. Supreme Court Canada, 2005).

<sup>162</sup> Embora existiam exceções como o novo (2006) presidente da Associação Médica Canadense (CMA, no original). Entretanto não se sabe se as declarações do presidente da CMA são um argumento de retórica ou um desejo genuíno de conduzir o *Medicare* rumo ao modelo estadunidense (WALKOM, 2006).

<sup>163</sup> Uma pesquisa realizada na metade dos anos 90, com médicos de ambos os sexos, mostrava que a existia uma crença generalizada que os médicos deveriam controlar os seus próprios rendimentos e que alguma forma de cobrança deveria ser adotada pela utilização do sistema (WILLIAMS; DOMNICK; VAYDA, 1998).

## 6. O campo médico no Brasil: o título, o “posto” e seus portadores

### 6.1. Características gerais de um título profissional

A transformação da medicina de uma ocupação em uma profissão resultou na constituição de um capital escolar específico, sancionado pelo Estado na forma de um título profissional: o título de médico. A posse desse título garantiu ao seu portador o monopólio de determinadas atividades dentro do setor saúde e condicionou as transformações posteriores ocorridas.

A posse desse capital específico garante aos seus portadores o direito exclusivo de exercer determinadas funções.

A constituição desse monopólio profissional, resultado de um trabalho político específico, não é algo definitivo, já que ele está sempre ameaçado pelas transformações internas e externas à profissão.

A ênfase na questão do monopólio sobre um determinado saber é uma constante em muitos autores que trabalham com a sociologia das profissões. Larson<sup>164</sup> (apud BARBOSA, 1993b), por exemplo, define o profissionalismo como um projeto coletivo de mobilidade social, articulado em torno de um tipo de conhecimento cujo monopólio permite controlar um mercado e determinar um nível de renda aos seus detentores.

Outra questão enfatizada por autores como Freidson<sup>165</sup> (apud BARBOSA, 1993b) é o controle de credenciais. O controle das credenciais que dá acesso à profissão, no caso o controle do número de titulados aptos a entrarem no mercado, garante que os portadores de um determinado título consigam manter o valor desse conhecimento dentro de uma conjuntura específica.

Se as divisões técnicas não são suficientes para definir os limites de uma profissão, então a manutenção das fronteiras profissionais é cada vez mais o resultado de um trabalho político. Bem entendido, não se trata de negar a relação entre divisões técnicas e sociais, como nos lembra Boltanski:

Não se trata de negar, o que seria absurdo, a relação entre as divisões técnicas e as divisões sociais. Mas apenas lembrar, de um lado, que a técnica não possui um status de exterioridade em relação ao social. De outro, que entre as necessidades

---

<sup>164</sup> LARSON, Magali S. **The Rise of Professionalism**. University of California Press, 1977.

<sup>165</sup> FREIDSON, Eliot. **Professional Powers**. University of Chicago Press, 1986.

técnicas e os agrupamentos sociais existe lugar para um jogo (...) que oculta [as relações] ao se adotar uma definição naturalista dos grupos<sup>166</sup> (BOLTANSKI, 1982, p. 50, nossa tradução).

Collins (apud BONELLI, 1999a) também questiona a idéia de que o conhecimento seja a variável mais importante na hierarquia que as profissões ocupam na estrutura social. Afinal, se as necessidades técnicas oriundas da divisão do trabalho fossem o determinante nesse processo, então determinadas ocupações não enfrentariam tantas dificuldades para obter as distinções do profissionalismo. Segundo Collins (apud BONELLI, 1999a, p. 35), há profissões com enorme capacidade de solucionar problemas, decorrentes de seu conhecimento técnico, mas elas não alcançam posições sociais destacadas. Assim, a importância de uma profissão, ou melhor, o reconhecimento social de uma atividade, é mais resultado de um trabalho político do que de uma suposta divisão natural do trabalho segundo a sua complexidade intrínseca.

Dessa forma, a profissão poderia ser caracterizada como a apropriação de um capital escolar, na forma de um título, certificado por uma instância produtora, a universidade. A posse desse título garante ao seu portador o direito de exercício profissional. Dessa forma, as transformações no mercado de trabalho desses profissionais são determinadas, entre outros fatores, pelo crescimento do mercado de títulos que, na maioria dos casos, determina modificações nas condições sociais de capitalização do título, isto é, nos ganhos materiais e simbólicos que esses profissionais conseguem auferir ao utilizarem o conhecimento em questão.

A expansão no número de universidades e a conseqüente multiplicação de portadores desse conhecimento poderia produzir uma desvalorização relativa do título. Assim, passaria a existir uma defasagem entre o “valor nominal e o valor real” dos títulos, porque os diferentes mercados não evoluem, na maioria das vezes, no mesmo ritmo em que cresce o mercado escolar (BOURDIEU; BOLTANSKI, 1975). Em outras palavras, um título universitário pode passar por processos de desvalorização ou de valorização, tal como pode acontecer a uma moeda dentro de uma conjuntura específica.

Entretanto, mesmo que uma profissão consiga um controle sobre o número dos titulados, isso não significa que ela retenha o valor real do seu título. É preciso manter as fronteiras da profissão, os direitos de propriedade no seu objeto de intervenção, no caso

---

<sup>166</sup> “Il ne s’agit pas de nier, ce qui serait absurde, la relation entre les divisions techniques et les divisions sociales. Mais seulement de rappeler, d’une part, que la technique ne jouit pas d’un statut d’extériorité par rapport au social et, d’autre part, qu’entre les contraintes techniques et les assemblages sociaux il y a place pour un jeu (...) qui restent occultées tant que l’on se donne une définition naturaliste des groupes” (BOLTANSKI, 1982, p. 50).

específico da medicina, o corpo do paciente. O surgimento de outros saberes, que se tornam profissões e também buscam se apropriar de parte desse “objeto” (profissões como a fonoaudióloga, a fisioterapia, entre outras), podem provocar uma disputa de fronteiras pelo “objeto”, etc. Por sua vez, as transformações do setor saúde, com o surgimento de planos de saúde públicos e privados, também representa um desafio a esse monopólio da medicina, já que podem alterar as condições de exercício e remuneração de uma profissão.

No caso do Brasil, o processo de criação e manutenção do monopólio profissional dos médicos, embora guarde características com processos similares acontecidos em outras nações, como Canadá e Estados Unidos, não repete automaticamente os processos ocorridos naqueles países.

## **6.2. O título de médico: características sociais de seus portadores**

Como lembra Bourdieu e Boltanski (BOURDIEU; BOLTANSKI, 1975), a posse de um determinado conhecimento técnico é acompanhada por expectativas em relação a uma determinada posição social, a todas as recompensas materiais e simbólicas usualmente associadas aos detentores daquele conhecimento.

No caso específico, os médicos não podem ser dissociados de um estrato social que compartilham de uma determinada “ideologia”, seja ela relacionada ao grupo social de origem ou relacionada ao processo de aquisição de uma determinada habilidade técnica ou teórica, ou seja, no processo de aprendizado da profissão.

No caso do Brasil, como mostra Cunha (1978), o uso de um diploma de curso superior como instrumento de ascensão social é uma prática antiga. Muitas vezes, toda uma família “investia” em um de seus membros para que o escolhido pudesse ter o tempo e recursos necessários para concluir o curso superior, na esperança de que ele “arrastasse” todos os demais membros consigo. Assim, se por um lado o título escolar serve para atestar que seu portador é possuidor de uma certa habilidade técnica, serve também como instrumento de ascensão/reprodução social.

No caso do título médico no Brasil, entretanto, ele sempre esteve associado à reprodução social de grupos ligados a estratos sociais mais bem posicionados na estrutura e foi utilizado principalmente por duas classes distintas. Em um primeiro momento, no início do século XX, ele foi utilizado como forma de reprodução daqueles grupos sociais que

podemos denominar de elites<sup>167</sup>. Essa fase foi até o fim da década de 50. Em um segundo momento, no final da década de 60, ele passou a ser utilizado como estratégia de reprodução das classes médias<sup>168</sup>. Essas mudanças acompanhavam as modificações mais gerais do sistema de ensino no país e também o processo de crescente urbanização e industrialização.

Segundo Pereira Neto (2001), algumas legislações das primeiras décadas do século XX permitiriam traçar um paralelo com a Reforma Flexner, ocorrida na mesma época nos Estados Unidos. No caso da Reforma Flexner, a corporação médica teria instituído os meios próprios para monopolizar e controlar o mercado de títulos. O que aumentou a coesão social do corpo médico e acabou excluindo ou reduzindo a participação de alguns segmentos sociais da profissão: os judeus, as mulheres e os negros, entre outros. No caso do Brasil, por sua vez, as reivindicações profissionais se dirigiram ao Estado como agente capaz de produzir os mesmos efeitos.

De fato, no Brasil, ao que tudo indica, o Estado cumpriu papel semelhante ao da Reforma Flexner, ou seja, foi utilizado como instrumento de fechamento social da profissão, ou melhor, de instrumento para impedir que o título fugisse do domínio do estrato social que o detinha naquele período.

Entretanto, no caso do Brasil, o título de médico, desde períodos coloniais até uma fase bem adiantada da República, sempre esteve ligado às “elites”, isso é, àqueles grupos sociais ligados às famílias mais afluentes do país. A profissão, portanto, não passou por um processo de “enobrecimento”, ou “aburguesamento”, como nos Estados Unidos, pela simples razão de que, em um país com as características do Brasil, a “educação superior” estava restrita a uma ínfima fatia da população que tinha condições de freqüentar as poucas escolas de medicina, ou se ausentar do país para estudar em uma escola no estrangeiro, caso muito freqüente no século XIX.

---

<sup>167</sup> “No interior da cultura e mesmo do senso comum escolar, a medicina ocupa uma posição que, histórica e socialmente, sempre foi relativamente dominante, seja por suas relações com a aplicação de conhecimentos vistos como sendo importantes, seja pela origem e trajetória social de seus componentes. Em outras palavras, no conjunto das ‘áreas’ que compõem a cultura e o senso comum escolar, a medicina é uma daquelas com uma relação mais direta e estreita com aquilo que pode ser designado como ‘escola de elite’ e com a ‘consagração’ (mágica e social) de segmentos das classes dominantes” (CORADINI, 1988, p. 614).

<sup>168</sup> Apenas para dimensionarmos essa questão, basta mostrar que, desde o início do século XX (1904) até o final da década de 50 (1959), o Rio Grande do Sul tinha uma faculdade de medicina. Nesse período de mais de 50 anos, a Faculdade de medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul formou 2.596 médicos. Posteriormente, com a fundação de novas faculdades de medicina, na década de 60, o número de formandos aumentou significativamente e, em um período de pouco mais de 25 anos (1959 a 1983) os diplomados em medicina totalizaram 13.551. Essa situação é muito semelhante aos demais estados do Brasil (FACULDADES, 1985, p. 373).

Diferente do processo ocorrido na América do Norte, a medicina não passou por um fechamento social, ou seja, de uma situação na qual um grande contingente de pessoas possuía as credenciais de médico para outra na qual a profissão se fecha em direção a uma elite situada nas classes média e alta. No Brasil, esse fechamento não ocorreu porque o acesso ao título de médico já era monopolizado por uma pequena elite. Essa situação não era exclusiva dos médicos. De acordo com Bonelli (BONELLI, 1999b), a profissionalização dos advogados não foi iniciada por estratos médios que queriam ascender profissionalmente por meio de um controle do mercado de trabalho, mas sim um grupo de elite que pretendia influenciar a constituição do Estado mediante a utilização de seu conhecimento sobre jurisprudência e, adicionalmente, buscava controlar o mercado pela contenção da participação de outros segmentos sociais na carreira.

Entretanto, o processo de constituição da profissão passou também por uma exclusão ou subordinação de outras profissões e ocupações, tal como aconteceu na América do Norte.

Por exemplo, no início do século XX, ainda era difusa a delimitação entre as funções dos farmacêuticos e médicos. Foi por meio do controle do conteúdo curricular e duração do curso que os médicos passaram a justificar a ascendência sobre os farmacêuticos. O curso de farmacêutico foi, naquele período, estipulado em três anos. Já o de medicina era o dobro desse tempo. Portanto, no caso dos farmacêuticos, a redução na abrangência do currículo foi uma estratégia de subordinação à profissão médica. No caso das parteiras, foi utilizado um mecanismo oposto para excluir essas ocupações do mercado formal de práticas médicas (PEREIRA NETO, 2001).

No mesmo período, a parteira era uma personagem comum no panorama brasileiro. Em geral, era uma mulher de origem popular e analfabeta e os conhecimentos da ocupação eram adquiridos após alguns anos de prática. Durante o século XIX, alguns conhecimentos mínimos foram exigidos para reconhecimento da ocupação. Porém, a partir de 1854, as exigências foram aumentadas. A partir daquela data, para participar dos “cursos obstétricos”, era exigido do candidato a aprovação em um exame específico. Exigia-se do candidato a aprovação nos exames de leitura e escrita, as quatro operações de aritmética e também conhecimentos de francês (PEREIRA NETO, 2001).

Assim, a medicina no Brasil, na busca da subordinação ou exclusão de profissões e ocupações concorrentes, segue um padrão similar ao estudado no capítulo anterior.

### **6.3. Os médicos e a busca do controle sobre a expansão do número de faculdades de medicina: uma luta (quase) centenária**

A medicina, no início do século XX, portanto, não era uma ocupação insegura no seu status social e competindo com outras ocupações, como no caso da América do Norte. De qualquer modo, mesmo naquele período inicial do século XX, de relativa raridade se comparado com os países anglo-saxões, a preocupação com a “pletora” de médicos já era um tema recorrente nos discursos das lideranças médicas do período. O Estado, desde aquela época, passou a desempenhar um papel importante no sentido de estabelecer barreiras legais à criação de novas faculdades de medicina e, assim, preservar a raridade do título.

O poder público, durante o Império e mais fortemente na República, foi chamado a exercer sua influência sobre as forças que poderiam desestruturar a identidade social do grupo que detinha o título de médico. As demandas da corporação buscavam manter a posição monopolista da profissão e também impor algum tipo de *numerus clausus* à criação de novas faculdades de medicina.

Em 1915, o Estado, por meio do Decreto-Lei nº. 11.530, estabeleceu uma série de normas para que os diplomas emitidos pelas faculdades tivessem reconhecimento oficial. No caso das faculdades de medicina, um dos aspectos mais significativos da nova legislação era aquele que determinava que somente seriam reconhecidas aquelas que se localizassem em cidades com mais de 100 mil habitantes. Naquela época, somente 13 cidades em todo o país se adequavam a esse critério demográfico (PEREIRA NETO, 2001).

Além disso, para a medicina, o direito e a engenharia estava garantida a exclusividade das academias oficiais já estabelecidas, já que o artigo 26 do decreto determinava que não podiam ser equiparadas às oficiais mais de duas Academias de direito, engenharia ou medicina em cada Estado, nem no Distrito Federal; e onde havia uma oficial, só uma outra particular pode ser a ela equiparada. Dessa forma, mesmo uma cidade que se enquadrasse no critério censitário não poderia abrir mais de duas faculdades de medicina (PEREIRA NETO, 2001).

Essas medidas iam de encontro aos interesses dos médicos de controlar o número de detentores desse título, mas não eram consideradas suficientes. Pelo menos é o que se pode perceber a partir das declarações da elite médica da época, reunida no Congresso Nacional dos Práticos, em 1922.

As propostas apresentadas pelos congressistas, que representavam a elite médica da época, versavam sobre uma restrição ainda maior ao ensino da profissão, já que para os congressistas existiria uma pletora de médicos no país, resultado de “um crescente e

descontrolado aumento do número de médicos, desproporcional ao número de doentes”. O critério populacional, estabelecido em 1915, não parecia ser suficiente para conter a suposta plethora. Para Pereira Vianna, por exemplo, um dos seus relatores do Congresso de 1922, o número de estudantes de medicina deveria ser limitado, não somente para que o ensino fosse “bem ministrado, como pela dificuldade na vida prática”. Segundo outra liderança médica do período, essa situação de plethora levaria muitos médicos a aceitar ou até solicitar funções no serviço público, apesar do “horror instintivo da condição de funcionário” que a profissão teria (PEREIRA NETO, 2001, p. 115).

Para outros participantes do Congresso, como Silva Araújo (apud PEREIRA NETO, 2001, p. 116), deveriam ser adotadas medidas de contenção de novas faculdades para atender a um suposto equilíbrio de mercado. Em suas próprias palavras, era “preciso não esquecer a lei da economia geral da oferta e da procura”. Finalmente, Aristides Rabello defendia, além do controle no número de faculdades, uma restrição ao exercício profissional de médicos estrangeiros. Segundo ele:

O Brasil está repleto de faculdades médicas; agora já não sucede o que dantes sucedia. Não há nenhuma localidade no território nacional, a não ser em alguma aldeia semi-selvagem perdida na orla da floresta, aqui e ali, onde a vida do homem de gravata é humanamente impossível, que não possua médicos! A benéfica concorrência, tão útil aos necessitados de socorros médicos, já se estabeleceu mesmo entre os profissionais brasileiros. De norte a sul, de este a oeste, na província, na capital, as faculdades lançam à circulação, cada ano, bateladas de médicos, de todos os jeitos, de todos os feitios, desde o modesto candidato a médico de campo até o jovem sábio laureado. Existe um exagero, uma lamentável plethora. Não precisamos mais facilitar a vinda de outro (Aristides Rabello apud PEREIRA NETO, 2001, p. 117, grifos nossos).

Assim, os relatores do Congresso irão propor adendos ao Decreto-Lei de 1915, que tornava ainda mais restritivas as condições para se criarem novos cursos de medicina. O controle do número de novos profissionais era uma forma de garantir, por meio da autoridade estatal, as condições sociais do exercício profissional nos moldes liberais e manter o título confinado ao grupo social que dele se utilizava no período. Esse objetivo seria alcançado pela limitação ao número de escolas de medicina, o que impediria a expansão dos portadores do título de médico e, por consequência, a competição interprofissional. Dessa forma, relativamente livre da pressão da concorrência, o médico poderia determinar sua renda de acordo com sua expectativa de rendimentos, essa alicerçada na representação social do lugar merecido na hierarquia social.

De uma maneira geral, os relatórios do Congresso Nacional dos Práticos, de 1922, guarda um dos principais argumentos que foram utilizados pela corporação médica na busca

de um controle no número das faculdades de medicina durante todo o século XX: para eles, deveria existir um controle no número de faculdades para se garantir determinadas condições de exercício profissional e remuneração. A profissão médica, o exemplo clássico de uma profissão liberal, solicitava que o Estado, por meio de sua autoridade, equilibrasse a oferta e a procura.

Entretanto, apesar da contrariedade da profissão, o número de faculdades não permaneceu inalterado. Ao longo das décadas seguintes, ela acompanhará, em um ritmo mais lento, a expansão do ensino superior no Brasil.

### **6.3.1. A criação de novas faculdades de medicina no Brasil no final dos anos 60 e a expansão do título a outros estratos sociais**

No Brasil, em 1920, existiam nove escolas de medicina. Entre 1921 e 1947, serão criadas mais quatro faculdades. Entre 1948 e 1959, mais 14 escolas.

A década de 60 inicia com 27 faculdades de medicina. Se a III Conferência Nacional de Saúde, em 1963, marcou o início da introdução de um conjunto de propostas da burocracia da saúde, que culminou com o capítulo da saúde da Constituição Federal de 1988, o ano de 1968 foi, por sua vez, o ano da Reforma Universitária, que assinalou a expansão do ensino universitário. Nessa década, foram criadas mais 35 escolas, a maioria delas em 1968.

Durante as décadas de 70 e 80, entre os anos de 1970 e 1989, mais 17 faculdades de medicina foram abertas. Nesse período, durante 13 anos (entre 1971 e 1976; 1979 e 1987) não foi permitida a criação de nenhum novo curso de medicina.

Na década de 90, mais 17 faculdades foram abertas, a maioria delas privadas, sendo que, entre essas, 12 foram criadas a partir de 1997.

Finalmente, no início da década de 2000, entre 2000 e 2002, mais 19 novos cursos foram criados, também dentro de um novo ciclo de expansão do ensino superior ocorrido naquele período. O total de cursos de medicina no país, em 2002, era de 115, sendo que, desse total, 52,6% eram públicas e 47,4% privadas (BUENO; PIERUCCINI, 2004).

Para uma melhor visualização, é interessante apresentar esses dados em forma de tabela:

Tabela 11: Faculdade de Medicina no Brasil 1921-2002

Anos de criação	Número	Total
Até a década de 20	09	09
Entre 1921 – 1948	04	13
Entre 1948 – 1959	14	27
Década de 1960	35	62
Década de 1970	14	76
Década de 1980	03	79
Década de 1990	17	96
Entre 2000- 2002	20	116

Fonte: Elaborada a partir de Bueno e Pieruccini (2004).

Como se pode perceber, existiram três momentos de grande inflexão na no século XX: na década de 50, no final da década de 60 (entre 1965 e 1969) e novamente no final da década de 90 e início do século XXI (entre 1998 e 2002).

Esses números devem ser colocados dentro de um contexto mais geral da expansão do ensino que ocorre nesses dois últimos períodos. A expansão do ensino universitário, ocorrida na década de 60, já é bastante conhecida da literatura. Esse último ciclo, entretanto, iniciado no final da década de 90, ainda está em curso e talvez seja necessário colocar essa expansão em perspectiva a partir de alguns números.

Tabela 12: Crescimento no número de vagas no Ensino Superior (1991-2002)

Anos	1991	2002	Variação %
Nº Cursos	4.908	14.399	193,38
Matrículas	1.565.056	3.479.913	122,35
Diplomados	236.410	466.260	97,23

Fonte: INEP

A título de ilustração, foram selecionados quatro títulos para compararmos com o de médico. Houve um crescimento expressivo de todos. Entretanto, o número de matriculados e diplomados em medicina apresenta o menor percentual de variação.

Tabela 13: Brasil: crescimento no número de vagas e formados nos cursos de Administração, Direito, Jornalismo e Medicina (1991-2002)

Cursos	Nº. Cursos		Vr %	Matriculados		Vr%	Diplomados		Vr%
Administração	354	1413	299,2	179.468	493.104	174,8	23.683	54.656	130,8
Direito	165	599	263,1	159.390	463.115	190,6	25.939	53.908	107,8
Jornalismo	82	389	374,4	43.462	133.438	207	6.368	15.826	148,5
Medicina	80	115	43,75	46.881	59.755	27,46	7.315	8.498	16,17

Fonte: INEP

Assim, embora exista um crescimento de faculdades de medicina e de titulados, esse número ainda é muito menor do que em outras áreas.

Para os médicos, representados pelas suas lideranças, já em 1922, com nove faculdades de medicina, haveria um excesso de profissionais no mercado. A partir da expansão universitária da década de 60, esse discurso de crise se intensifica.

Não é necessário repetir todas as declarações das entidades médicas que ligam a crise da medicina ao crescimento das faculdades. A linha de argumentação das entidades se situa em três níveis básicos. De um lado, haveria um número excessivo de escolas. Além de desnecessárias, essas escolas não teriam capacidade de formar bons médicos. Mesmo que tivessem condições de formar bons profissionais, seriam ainda perigosas à saúde da população, pois o médico, ao ter de competir em um mercado concorrencial, cometeria atos antiéticos (TOMACHESKI, 1998).

### **6.3.2. Em busca de um número ideal: a polêmica da suposta recomendação da OMS**

Todas as declarações dos conselhos de medicina, das associações médicas e sindicatos são no sentido de que já existiria um número excessivo de cursos de medicina e médicos. Para corroborar essa idéia, se utilizam de argumentos supostamente técnicos atribuídos à Organização Mundial da Saúde. Segundo essas entidades, a OMS recomendaria que se mantivesse uma correlação ideal entre o número de habitantes e médicos, que se situaria na faixa de 1 médico para cada 1.000 habitantes. Essa argumentação é repetida pelas entidades médicas, médicos, estudantes de medicina, políticos, ministros da saúde e pelo próprio Conselho Nacional de Saúde. Enfim, esse argumento está presente em todas as ocasiões em que se debate a abertura de novas faculdades de medicina.

Em 1995, durante as discussões em torno da abertura de uma faculdade de medicina no Rio Grande do Sul, o Conselho Nacional de Saúde, em seu parecer (contrário) à criação da faculdade de Medicina afirmou que:

As estatísticas que mostram o número de profissionais médicos em relação à população apontam para os seguintes números (fonte: Sindicato dos Médicos do Rio Grande do Sul) Estado do Rio grande do Sul: 1/441; Região Metropolitana de Porto Alegre: 1/107; Município de Canoas: 1/207. Já em 1986, as estatísticas da Organização Panamericana de Saúde mostravam a relação de 4,90 médicos por 1.000 no Rio Grande do Sul, inferior apenas ao Estado do Rio de Janeiro. Como é sabido, a proporção preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) varia de 1/800 a 1/1100. (...) Tendo em vista todos estes argumentos, fatos e estatísticas aqui apresentadas, e focalizando apenas as competências regimentais e normativas do Conselho Nacional de Saúde, a Comissão designada é de parecer de que não existe caracterização de necessidade social para a abertura de novo curso de medicina na região sul do país, em especial no Estado do Rio Grande do Sul (BRASIL. Conselho Nacional de Saúde, 1995).

O então ministro da Saúde, Adib Jatene, em entrevista ao Jornal da Associação Médica do Rio Grande do Sul (AMRIGS), também se manifestou sobre o assunto:

“Estou absolutamente convencido de que os colegas não estão defendendo nenhuma posição corporativa. Isso não é verdade” afirmou Adib Jatene aos jornalistas como resposta ao ataque de vários setores da imprensa gaúcha ao movimento das entidades médicas contra a abertura de novas faculdades de medicina no estado. (...) “Eu repilo de plano a idéia de que cada vez que um setor profissional pretende defender qualidade imediatamente se diz que é uma posição corporativa. Não é verdade, é uma posição séria que merece respeito.” (...) “O Conselho aprecia a necessidade social do curso. A Constituição determinou que o Sistema Único de Saúde fosse o ordenador da formação de recursos humanos. Isto porque nós sabemos que no país existe um excesso de instituições que ofereçam cursos de qualidade discutível em várias profissões. É preciso haver um mecanismo que impeça que isso se amplie” (JATENE, 1995).

Entretanto, em documento de março de 2003, a Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio de nota (produzida pela representação local da Organização), explicou que:

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) não recomendam nem estabelecem taxas ideais de número de leitos por habitante a serem seguidas e cumpridas por seus países-membros. Tampouco definem e recomendam o número desejável de médicos, enfermeiros e dentistas por habitante. Não existe, ainda, orientação sobre a duração ideal das consultas médicas ou um número desejável de pacientes atendidos por hora (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003b).

O documento, produzido em 1972, tantas vezes citado seria apenas uma recomendação das metas a serem atingidas pelos países latino-americanos<sup>169</sup>, numa conjuntura marcada pela falta de profissionais de saúde, o que trazia uma série de dificuldades à execução das metas de saúde propostas pela Organização Pan-Americana da Saúde, entidade essa integrante da

---

<sup>169</sup> Trata-se do documento produzido pela Organização Pan-Americana da Saúde, intitulado “Plan decenal de salud para las americas : informe final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas”, resultado do “Special Meeting of Ministers of Health of the Americas”, realizado em Santiago, Chile, em outubro de 1972.

Organização Mundial de Saúde. Ainda, segundo os esclarecimentos prestados pela Organização Pan-americana da Saúde em 2003:

O documento continha uma série de recomendações para os países americanos, entre os quais alcançar uma média regional de 8 médicos, 2 odontólogos, 4,5 enfermeiros e 14,5 auxiliares de enfermagem para cada 10.000 habitantes – valores associados a uma realidade de 30 anos atrás. Embora corroborado pela OPAS/OMS, o documento não se constitui uma resolução da organização (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003b).

Ainda, segundo o mesmo documento, os níveis de saúde de uma população estariam ligados a fatores regionais, sócio-econômicos, culturais e epidemiológicos, entre outros. Portanto, segundo a Organização, seria “impossível, além de pouco válido, o estabelecimento de uma ‘cifra ideal’ a ser aplicada de maneira generalizada por todos os países do planeta” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003b).

Não seria de se esperar que as entidades médicas abdicassem de interpretar segundo seus interesses a “recomendação” da Organização Mundial da Saúde. A utilização dessa “recomendação” em todas as oportunidades e fóruns é um forte argumento contra a criação de novos cursos de medicina. Já a Organização Mundial da Saúde fornece o capital simbólico necessário para transmutar um interesse da corporação em verdade científica e, portanto, inquestionável.

Não é surpreendente também que essa “constatação científica” tenha se tornado um fato para muitos burocratas dentro do Ministério da Saúde.

Essa percepção de pletora, que antecede à criação das novas faculdades, é mais intensa em períodos que se seguem à expansão do número dos cursos de medicina. Não é tampouco característica do Brasil, mas acontece também em outros países.

Dessa maneira, a percepção da existência de um excesso de oferta de médicos estaria relacionada mais com as formas inserção desse profissional do que com um suposto excesso de oferta. No início dos anos 80, nos Estados Unidos, frente às novas condições impostas pelo mercado de saúde, o médico veria no suposto excesso de profissionais o principal fator de sua situação (HAFFERTY, 1986).

De fato, não existe uma forma científica para determinar o número de médicos, já que essa quantidade depende da forma como se organiza o setor como um todo (HAFFERTY, 1986; RACHLIS, 2004).

Apenas a título de comparação, no Canadá existe um número maior de médicos em relação à população do que no Brasil. Para o ano de 2004, haveria um médico para cada 546

canadenses<sup>170</sup>, no Brasil, para o mesmo ano, o número estimado era de 608 médicos<sup>171</sup>. Entretanto, na percepção das entidades médicas existiria uma falta de médicos no Canadá. Exatamente o contrário da posição das entidades médicas no Brasil.

Não cabe aqui entrar nos detalhes que fazem com que exista essa percepção de falta de profissionais naquele país. Basta dizer que esse fato é utilizado como um argumento nas disputas entre médicos e Estado em torno da organização do sistema público de saúde naquele país (RACHLIS, 2004; SIBBALD, 2001).

No Canadá, de qualquer modo, existe um movimento pendular nessas “constatações”. Durante a década de 70, ocorreu um corte no número de vagas nas faculdades de medicina e na entrada de médicos estrangeiros. Naquele período, a medida foi tomada tendo por base uma análise que mostrava que cada médico ativo representava um valor extra no orçamento, já que o médico apresentava um valor determinado no orçamento do setor. No final da década de 80, uma nova medida visando a conter o número de novos médicos foi tomada. Pouco mais de 10 anos depois, todas as organizações médicas apontaram a falta de médicos como eminente. Inclusive com estatísticas que mostravam que 14% da população não conseguiriam encontrar um médico de família.

Mas não é somente a contenção de novos matriculados ou barreiras à entrada de profissionais estrangeiros que determina uma “falta” de médicos. Também fatores como o envelhecimento da população, que passa a utilizar com mais intensidade os cuidados médicos. O próprio envelhecimento dos profissionais, que reduzem seu ritmo de trabalho, e o aumento de mulheres na profissão (de 13% em 1981 para 29% em 2000), que fazem uma jornada de trabalho menor durante o período fértil. Mas talvez mais significativa tenha sido o aumento no número de anos de residência médica para os médicos de família. Esse item, aliado a outras mudanças na pós-graduação em medicina introduzidas na década de 90, foi responsável por 25% na redução de novos médicos de família que entram no mercado (CHAN, 2002).

Dessa forma, a determinação de um número ideal entre médicos e habitantes, mais do que uma questão científica, é política, pois envolve as disputas em torno da distribuição do capital econômico e social que, por sua vez, está condicionada pela organização mais geral do sistema. Rachlis argumenta que um médico para 1.500 pessoas seria suficiente, caso houvesse uma forma de trabalho multiprofissional<sup>172</sup>. Isso teria sido tentado sem sucesso durante um

---

<sup>170</sup> [www.statcan.ca](http://www.statcan.ca)

<sup>171</sup> Fac-símile recebido pelo autor da Federação Nacional dos Médicos (FENAM).

<sup>172</sup> A reportagem do periódico noticiava que “o Instituto de Pesquisa Tommy Douglas tinha conseguido, como era seu desejo, as manchetes dos jornais no início de fevereiro quando os jornais noticiaram que o Instituto acreditava que a falta [de médicos] era um dos muitos mitos espalhados por pessoas que estariam tentando

período, sendo depois abandonado por resistência da corporação médica (RACHLIS, 2004). O especialista era alvo de críticas no periódico da Canadian Medical Association Journal, pois de acordo com a reportagem, a proporção em outros países seria muito maior que no Canadá:

O relatório também é falho ao desconsiderar como o Canadá se encontra se comparado internacionalmente. A Organização para o Desenvolvimento e Cooperação Econômica (OECD) informa que, em 1998, a oferta de médicos no Canadá (incluindo os residentes) era equivalente a 2,1 médicos para 1 mil [habitantes], se comparado com a Austrália com 2,5 médicos para 1 mil [habitantes], os Estados Unidos com 2,7 médicos para 1 mil [habitantes] e a Alemanha com 3,5 médicos para 1 mil [habitantes]<sup>173</sup> (SIBBALD, 2001, p. 857, nossa tradução).

Assim, o número ideal de médicos é resultado, não de uma equação científica, mas produto de uma disputa social. Tudo leva a crer que em uma situação de mercado, na qual existe um fatia de recursos disponível, a tendência será que o setor saúde e os médicos se apropriem de uma parcela cada vez maior dos recursos. O limite será dado pela disposição, ou capacidade, dos indivíduos pagarem por esses serviços. Por sua vez, a corporação tentará conter o número de profissionais para manter seu diferencial de mercado.

Entretanto, mesmo com a criação de novas faculdades de medicina verificada no final da década de 90 e primeira metade da década de 2000, ainda assim haveria proporção de médicos menores que no Canadá.

Senão, vejamos. Em 2003, existiam no Brasil cerca de 287 mil médicos. Segundo dados do IBGE, naquele mesmo ano, a população brasileira era estimada em 178 milhões. Haveria, portanto, naquela ocasião, uma proporção de um médico para cada 622 habitantes (BUENO; PIERUCCINI, 2004).

De acordo com trabalho efetuado pela Associação Médica Brasileira (AMB), em 2004, nas 116 escolas de medicina se formariam cerca de 10,7 mil novos profissionais

---

desacreditar o sistema de saúde canadense. Entretanto, um dos co-autores do relatório, que resultou naquelas manchetes, agora declara que ele e os outros co-autores nunca disseram que ‘não existe uma falta de médicos’. O Dr. Michael Rachlis admite que os médicos ‘estão desgastados’ e ‘sentem que existiria uma falta de [médicos]’. Mas, segundo ele, ‘o sistema no qual os médicos trabalham e como eles trabalham pode influenciar a oferta’. Ele disse ao CMAJ [Canadian Medical Association Journal] que os médicos poderiam dispensar ‘um serviço muito bom’ à população com uma proporção de um médico para 15 mil habitantes. ‘Isso depende de como eles estão organizados’, reafirmou o consultor de saúde, de Toronto”. {The Tommy Douglas Research Institute garnered the headlines it sought in early February when newspapers reported that it believed a shortage of doctors is one of many myths being circulated by people trying to discredit Canada’s medicare system. However, one of the authors of the report that led to those headlines now declares that he and his coauthors never said ‘there’s no shortage.’ Dr. Michael Rachlis admits that physicians are ‘burned out’ and ‘feel there is a shortage.’ But ‘the system in which physicians work and how they work with others can influence supply.’ He told CMAJ that physicians can deliver ‘very good service’ with population- to-physician ratios of 1:1500. ‘It depends on how they are organized,’ the Toronto health care consultant maintains} (SIBBALD, 2001, p. 857).

<sup>173</sup> “The report also fails to look at how Canada compares internationally. The Organization for Economic Development and Cooperation reports that in 1998 Canada’s physician supply (including residents) amounted to 2.1:1000, compared with 2.5:1000 in Australia, 2.7:1000 in the US and 3.5:1000 in Germany” (SIBBALD, 2001, p. 857).

anualmente. Com a criação de novas faculdades de medicina nos anos seguintes, esse número teria passado para 167 escolas que formariam aproximadamente 15,4 mil novos profissionais por ano. Com esses números, em 2010, o Brasil teria um número muito próximo ao Canadá, 1 médico para 543 habitantes (BUENO; PIERUCCINI, 2004).

Esse tipo de estatística “esconde” alguns números que merecem ser colocados em perspectiva. O número de escolas é sempre mencionado pelos médicos e alguns formadores de opinião como “alarmante”. Diz-se que existe um excesso de escolas de medicina e que o crescimento do estrato profissional está levando a uma plethora:

Se fosse assim, no raciocínio da lei do mercado, seria muito simples: 1 médico para 1000 é ideal; 1 médico para 500, melhor; 1 médico para 250, melhor ainda; 1 para 125, melhor ainda; 1 para 65, melhor ainda; e vai baixando até chegar no ideal 1 para 1. Todos seriam médicos de si próprios. Por isso, não existe a lei de mercado (BECKER, 1997).

Seguindo esse raciocínio, em um futuro breve, haveria um número de médicos igual ao número de habitantes. Entretanto, mesmo com as novas escolas, em 2050, ainda assim teríamos um número de médicos inferior à Austrália, Alemanha e Estados Unidos.

Tabela 14: Brasil: projeção de Médicos titulados entre 2003 e 2050 (número de faculdades existentes em 02/2007)

Ano	População estimada	Médicos Titulados no ano	Total de médicos	1/1000 *	Ano	População estimada	Médicos Titulados no ano	Total de médicos	1/1000*
2003	178.985.306	10.713	287.758	622	2027	232.547.226	15.405	615.250	378
2004	181.586.030	10.713	298.471	608	2028	234.321.464	15.405	630.655	372
2005	184.184.264	10.713	309.184	596	2029	236.052.867	15.405	646.060	365
2006	186.770.562	10.713	319.897	584	2030	237.737.676	15.405	661.465	359
2007	189.335.118	10.713	330.610	573	2031	239.371.493	15.405	676.870	354
2008	191.869.683	10.713	341.323	562	2032	240.949.947	15.405	692.275	348
2009	194.370.095	10.713	352.036	552	2033	242.469.695	15.405	707.680	343
2010	196.834.086	10.713	362.749	543	2034	243.928.059	15.405	723.085	337
2011	199.254.414	10.713	373.462	534	2035	245.323.136	15.405	738.490	332
2012	201.625.492	10.713	384.175	525	2036	246.652.529	15.405	753.895	327
2013	203.950.099	15.405	399.580	510	2037	247.922.296	15.405	769.300	322
2014	206.230.807	15.405	414.985	497	2038	249.139.880	15.405	784.705	317
2015	208.468.035	15.405	430.390	484	2039	250.305.051	15.405	800.110	313
2016	210.663.930	15.405	445.795	473	2040	251.418.006	15.405	815.515	308
2017	212.820.814	15.405	461.200	461	2041	252.478.134	15.405	830.920	304
2018	214.941.017	15.405	476.605	451	2042	253.484.968	15.405	846.325	300
2019	217.025.858	15.405	492.010	441	2043	254.439.554	15.405	861.730	295
2020	219.077.729	15.405	507.415	432	2044	255.343.363	15.405	877.135	291
2021	221.098.714	15.405	522.820	423	2045	256.198.374	15.405	892.540	287
2022	223.089.661	15.405	538.225	414	2046	257.005.525	15.405	907.945	283
2023	225.050.475	15.405	553.630	406	2047	257.765.281	15.405	923.350	279
2024	226.979.194	15.405	569.035	399	2048	258.478.808	15.405	938.755	275
2025	228.873.717	15.405	584.440	392	2049	259.146.835	15.405	954.160	272
2026	230.731.063	15.405	599.845	385	2050	259.769.964	15.405	969.565	268

Fonte: nossa elaboração<sup>174</sup>

\* Proporção entre o número de médicos e habitantes na razão de um médico para cada habitante

Em 2050, as escolas teriam formado 969 mil médicos. Acontece que uma grande parte dos médicos atuais estarão mortos ou aposentados. Portanto, mesmo em uma estimativa quase absurda de que todos os médicos existentes em 2010 continuassem no mercado até 2049, haverá ainda assim somente 606 mil médicos ativos em 2050 para uma população que será, segundo o IBGE, de 260 milhões. Assim, a proporção em 2050 seria de 1 médico para 428 habitantes.

<sup>174</sup> Foi utilizado o número de médicos existente em 2003 (BUENO; PIERUCCINI, 2004). Naquele ano existiriam 116 escolas de medicina que formariam 10.713 médicos anualmente. Em 2007 o número de escolas seria de 167, o que elevaria o número de formandos para 15.405. Esses acréscimos no número de formandos se refletirão em novos médicos somente nos anos seguintes. Assim, levando-se em conta essas informações e projeções do IBGE se construiu a tabela.

#### **6.4. O Título e seus atributos não-escolares**

Nesse contexto é preciso situar a posição dos portadores do título de médico: de uma situação de relativa raridade a outra, na qual aumenta significativamente o número de portadores desse título. No primeiro momento, essa condição de raridade e, portanto, de pouca concorrência, possibilita que os portadores desse título naturalizassem os critérios de remuneração, ou seja, suas expectativas de remuneração encontravam as condições sociais de sua realização. A partir da década de 70, como reflexo da criação desses novos cursos, os efeitos no mercado de trabalho são sentidos, já que esse título se consolida e se realiza “na trajetória profissional, ou seja, na condição de médico” (CORADINI, 1988, p. 615).

Mas por que os efeitos dessa desvalorização relativa de todos os títulos, e não somente o de médico, se transforma em uma questão política? Afinal, não se encontra nenhum movimento de administradores buscando adequar o número de portadores desse título ao número de empresas. Aqui, as explicações são muitas. Por exemplo, no início da década de 80, Bonelli (1989, p. 13), estudando a “crise do milagre” e seus reflexos na classe média, concluiu que “a crise econômica difundiu uma consciência coletiva na classe média em função de ter encontrado um terreno já fecundo, dadas as alterações nas condições de sua profissionalização e as mudanças simultâneas que se processavam na sua visão de mundo”. Em suas entrevistas, a autora constatava que, junto aos índices mais elevados de escolaridade, encontravam-se os graus mais elevados de insatisfação com a situação econômica do país. Segundo ela, isso ocorreria porque, “um investimento maior pressupõe, em geral, aspirações mais elevadas de diferenciação social, o que aumenta as probabilidades de frustrações das expectativas” (BONELLI, 1989, p. 25).

Essa explicação, sem dúvida, capta parte das origens de movimentos políticos ocorridos em outros países. Entretanto, parece que algumas profissões conseguem articular melhor esse “desencantamento” resultante das promessas não cumpridas do investimento em um capital escolar específico, entre elas o direito e a medicina.

É inegável que essas transformações do mercado universitário e conseqüente aumento no número de titulados modificaram as condições de capitalização dos títulos universitários em geral, que sofreram um processo de desvalorização relativa.

Ao mesmo tempo, o alargamento do mercado universitário é, para alguns, um fator de ascensão social. Para outros, provoca um deslocamento vertical da posição dos agentes que normalmente tinham nele uma forma de reprodução social através do tempo. Bourdieu sugere

que uma das causas das revoltas estudantis de 1968 na França estaria ligada às transformações no campo universitário francês dos anos 60 (BOURDIEU, 1984).

Associada a um título, além do conhecimento técnico, está também uma representação social do lugar que os detentores daquele tipo de conhecimento deveriam ocupar no espaço social e das recompensas associadas a essa posição. É quando “descobrem” que seus títulos já não mais garantem as recompensas como no passado que surge esse tipo de movimento político.

Esses sucessivos ciclos de crescimento do mercado de títulos e a desvalorização relativa que produzem terá, como conseqüência, uma reação dos médicos para preservar o valor do seu título. Essas lutas são catalisadas pelo efeito “Dom Quixote” (BOURDIEU, 1979), isto é, avaliar as condições atuais de exercício profissional com os olhos do passado. A defesa de uma “identidade profissional” é móvel dessas lutas e os diversos grupos profissionais, segundo o seu poder de organização e coesão, buscam fazer frente às transformações, buscando garantir uma correspondência entre o valor nominal e o valor real de seus títulos. Dessa forma, se é verdade que um título escolar atesta uma determinada competência técnica, também é verdade que o reconhecimento social dessa competência não está determinado somente por uma suposta divisão do trabalho, mas é resultado de um trabalho especificamente político.

Desde o início da década de 20, a “crise da medicina” é um tema freqüente nos discursos das associações médicas.

Esse discurso ganhará mais visibilidade e força no final da década de 60. Durante a década de 60, as pressões da classe média “abrem” a universidade a este segmento e temos uma expansão do ensino superior e a criação de novas faculdades de medicina (DINIZ, 1995).

Um novo ciclo de crescimento do mercado universitário se inicia no final dos anos 90 e novas faculdades de medicina são criadas no período.

Assim, a medicina, na visão das associações médicas, estará em crise a partir da década 70, mas a referida “crise” não se iniciou naquela década.

Essa percepção de crise é comum tanto para aqueles profissionais formados antes de 1970 e, portanto, anterior ao crescimento do mercado universitário ocorrido no final dos anos 60, quanto para a nova classe média que, na década de 70, adquire esse título e sua representação social sem que, entretanto, as condições objetivas de reprodução das condições de exercício profissional tenham permanecido inalteradas, não somente pelo crescimento no número de portadores, mas também pelas transformações no mundo do trabalho.

Esse fenômeno parece estar se repetindo a partir do crescimento ocorrido a partir da década de 90.

Como lembra Bourdieu (1989), as categorias de percepção que os agentes aplicam ao mundo social são sempre produto de um estado anterior desse mundo. Esse descompasso será tanto maior quanto for a distância entre o agente e o espaço social em questão. Dessa forma, para o primeiro grupo, que já utilizava o título no período anterior à década de 60, o deslocamento já era evidente no início dos 70. Para o segundo grupo, essa percepção estará mascarada e retardada até o início do efetivo exercício profissional durante os anos seguintes ao crescimento do número de diplomados da expansão de 1968.

Não é objetivo desse estudo analisar os mecanismos de seleção que comandam o sistema de residência e especialização médica. Ao que tudo indica, a residência e as especializações funcionam como uma forma de fechamento de mercado, à medida que o número de vagas abertas nas residências e especializações está sob o controle das associações médicas.

Longe de ser um processo limitado a uma determinada conjuntura nacional, a “crise da medicina”, com seus processos de sucessivas crises, é um fenômeno que se repete em outros países. Um estudo de Belmartino (1988) sobre os médicos na Argentina, na primeira metade do século XX, mostra que existe uma similaridade nos processos de construção da problemática social da corporação nos dois países. A representação social construída pelas entidades médicas atribui à criação de novas faculdades de medicina uma situação de crise.

A crise para Belmartino (1988) é de imagem profissional. As transformações sociais e técnicas determinam um esgotamento de um modelo de prática médica. Esse modelo, mesmo que tenha se modificado, não pode ser confundido com as profecias não-realizadas de proletarização e desaparecimento do consultório individual, que continua a existir e convive com as iniciativas do setor privado e do público.

Assim, mesmo que a representação dominante da profissão exista enquanto realidade apenas para um pequeno grupo, ela serve de referência aos demais agentes. Os “excluídos” dos ganhos materiais e simbólicos associados ao título não encontram a realização objetiva das “promessas”, mas continuam a utilizar a imagem idealizada como referência de excelência profissional. As condições do mercado de trabalho ajudam a manter essa situação em aberto. Daí o fenômeno de crise constante: se os portadores desse título não são profissionais liberais, eles também não são simples assalariados.

#### 6.4.1. A gestão política do título de médico

Nesse contexto é que podemos entender as disputas que perpassam o campo médico. De um lado, uma frustração com as “promessas não-realizadas”; de outro, a mobilização, junto ao Ministério da Educação, para que contivesse o crescimento no número de diplomados. A força da profissão foi decisiva nesses movimentos em busca do fechamento do mercado de trabalho, por meio da contenção na abertura de novos cursos de medicina<sup>175</sup>.

Não que a burocracia do Ministério da Educação tivesse sempre tido uma posição favorável a esse processo de expansão. Cunha (1979) procura mostrar que, na primeira metade da década de 70:

A resistência da burocracia do Estado à expansão ‘desenfreada’ do ensino superior tinha dois fundamentos manifestos: um político e outro ideológico. O fundamento político consistia no temor de que ele produzisse grandes contingentes de profissionais sem os empregos considerados compatíveis com a dignidade dos seus diplomas, situação essa antevista como mais ameaçadora à ordem vigente do que a dos ‘excedentes’ de candidatos. O fundamento ideológico consistia no reconhecimento de que a qualidade do ensino superior estava caindo, formando profissionais incompetentes. (...) A defesa da ‘qualidade’ do ensino superior pelo freio à expansão, empreendida pela burocracia educacional, foi reforçada pelas corporações profissionais, ligadas ambas, aliás, por fortes elos de interesses e por quadros comuns. (...) Os médicos integrantes de uma comissão organizada pelo MEC, em 1973, para estudar a questão do ensino de medicina, propuseram que não se criassem mais escolas nem se expandissem as vagas das já existentes (CUNHA, 1979, p. 202-3).

Essa comissão surgiu de um documento produzido pela Associação Médica Brasileira – AMB, intitulado “Problemática do Ensino Médico no Brasil”. A “repercussão gerou a criação pelo MEC, em 1971, da Comissão de Ensino Médico, que após investigar profundamente o assunto produziu o ‘Documento n.1’, o qual, em essência, reafirmava as conclusões e proposições do documento da AMB”. Esse documento serviu de base para uma portaria ministerial que suspendia a criação de novos cursos de medicina. “Assim, durante 13 anos - de 1971 a 1976 e de 1979 a 1987 - nenhum curso de medicina recebeu autorização de funcionamento no país” (BUENO; PIERUCCINI, 2004, p. 18).

A tese de que existe uma busca do controle do título pela utilização de instâncias corporativas também é defendida por Diniz. Segundo a autora, ao “que tudo indica, a política educacional do governo tanto fechou como abriu o estrato profissional. Abriu com a Reforma

---

<sup>175</sup> “O ‘fechamento’ com base em credenciais educacionais que atestam a expertise do portador é a forma típica de exclusão utilizada pelos profissionais; em outros termos, o credencialismo é a forma típica de ‘fechamento social’ pela qual os profissionais monopolizam, ou tentam monopolizar, mercados de serviços, por um lado, e privilégios na hierarquia ocupacional, por outro. Os neweberianos diriam que se trata de uma estratégia *legalista* de exclusão; isto é, as profissões são, tipicamente, grupos legalmente privilegiados no sentido weberiano do termo: o estado, por meio de legislação específica, estabelece as credenciais acadêmicas como critério *exclusivo* de qualificação para a prestação de serviços profissionais” (DINIZ, 2000, p. 3).

Universitária de 1968 para atender às reivindicações da classe média por acesso ao ensino superior e posteriormente, a partir de 1974, fechou com uma série de medidas restritivas” (CARVALHO, 1987; DINIZ, 1995).

Durante os períodos posteriores, ocorreram várias disputas entre governo e esses profissionais em torno da questão da abertura de novas faculdades de medicina e do aumento de vagas nas faculdades existentes. Em alguns casos, o governo autorizou o aumento no número de vagas nas faculdades, contrariando os interesses da corporação. Em outros, a influência do grupo se fará sentir, no período entre 1986 e 1987, por meio de decretos presidenciais (Dec. n. 93.594 e Dec. n. 95.003) que sustaram a criação de novos cursos superiores em todo o território nacional.

Com a Constituição de 1988, há uma modificação nas regras de criação de novos cursos, cuja autorização caberá ao Conselho Nacional de Saúde. O art. 200 da Constituição Federal, no seu parágrafo III, designa ao Sistema Único de Saúde - SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”.

A legislação constitucional determina que os novos cursos de medicina devem passar pelo Conselho Nacional de Saúde para avaliar a “necessidade social” dos novos cursos. Isso, em termos práticos, atende aos interesses da corporação médica, já que a “necessidade social” é interpretada como a suposta recomendação da Organização Mundial da Saúde – OMS. Como a maioria dos estados tem um número de médicos superior àquele difundido, estaria garantido um controle sobre a criação de novos cursos. Entretanto, as decisões do Conselho Nacional de Saúde não têm que necessariamente ser cumpridas pelo Ministério da Educação, que tem a decisão final sobre a criação de novos cursos de medicina<sup>176</sup>.

É somente na década de 90, que seguindo uma nova política de ensino superior, é autorizada a criação de um número significativo de novas faculdades de medicina, contrariando os interesses da corporação médica e os pareceres do Conselho de Saúde.

Assim, a legislação existente garante um relativo controle sobre a criação de novas escolas de medicina por parte da corporação médica. Entretanto, esse controle se tornaria efetivo somente se a decisão do Conselho Nacional de Saúde fosse definitiva. Será por isso que o Conselho Federal de Medicina – CFM e a Associação Médica Brasileira – AMB irão buscar apoio ao Projeto de Lei n. 6240, de 2002, que propõe alterações no Decreto n. 3.860, “estabelecendo que a criação de vagas nos cursos da área de saúde, em qualquer caso, deverão ser submetidas, em caráter terminativo, à manifestação do Conselho Nacional de Saúde, no

---

<sup>176</sup> Sobre esse assunto ver Tomacheski (2000).

que diz respeito à necessidade social de abertura de novos cursos de medicina” (BUENO; PIERUCCINI, 2004, p. 4.).

A modificação na legislação finalmente traria o controle do título para uma esfera de negociação na qual esse interesse específico da corporação médica não encontra fortes oposições, o que resultaria em um controle quase que absoluto sobre a criação de novas faculdades de medicina. Tanto é assim que o Conselho Nacional de Saúde, no início de 2003, aprovou uma resolução contrária à criação de novos cursos durante 180 dias, que posteriormente foi renovada por mais 180 dias. A decisão do Conselho visava adequar os novos cursos às políticas do Sistema Único de Saúde – SUS. Entretanto, essa suspensão atendeu aos interesses da corporação de controlar o número de faculdades de medicina, embora isso não esteja claro na resolução.

#### **6.4.2. O papel das Associações e Conselhos de Classe**

O Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais desempenham um papel fundamental na representação de interesse dos médicos, graças a sua posição estratégica no Estado. Sua direção se manifesta sobre todas as questões que envolvem o trabalho médico, não somente as “questões éticas”. Tudo se passa como se as condições de reprodução de determinadas características associadas ao título, que antes podiam ser naturalizadas, dependessem cada vez mais de um corpo de representantes (CORADINI, 1988).

Poderia-se dizer que existe uma gestão corporativa da corporação médica nas tentativas de manter sobre controle no número de faculdades de medicina. Ou seja, existe uma intermediação de interesses que acontece por meio de estruturas criadas ou licenciadas pelo Estado. Entretanto, essa não é a forma exclusiva de gestão desse interesse específico da corporação médica.

Na década de 70, a Associação Médica Brasileira – AMB influenciou decisivamente o Ministério da Educação para impedir a criação de novos cursos de medicina. Naquele mesmo período, ao lado dessas iniciativas nitidamente mais corporativas, a AMB buscou, por meio de uma iniciativa parlamentar, diminuir o número de vagas nas faculdades existentes. Essa última iniciativa, entretanto, não teve o êxito esperado (CAMPOS, 1986).

Esse tipo de iniciativa parlamentar não é algo apenas episódico, já que em outras ocasiões a corporação médica buscou traduzir esse interesse específico em lei, por meio de iniciativas parlamentares. Algo que se enquadraria no clássico modelo de representação de interesses proposto pela teoria pluralista. Uma das últimas iniciativas da corporação nessa direção é o Projeto de Lei n. 65, de 2003, de autoria do deputado Arlindo Chinaglia, que

propõe a suspensão da criação de novos cursos de medicina durante dez anos, período no qual seria feita uma “minuciosa avaliação dos cursos existentes” (BUENO; PIERUCCINI, 2004, p. 7).

A existência dos conselhos profissionais e das associações médicas, que recebem do Estado uma parcela importante de poder, torna esses órgãos canais corporativos de representação de interesses, mas não significa que eles não sejam o veículo exclusivo de gestão de interesses desse grupo. Ao lado dos canais corporativos, as iniciativas parlamentares de “gabinete” são importantes meios de defesa dos interesses da corporação, que se utiliza seletivamente de cada uma dessas instâncias. Por exemplo, sabe-se que as decisões do Conselho Nacional de Saúde geralmente são desfavoráveis à criação de novas faculdades. Isso faz com que a CFM e AMB apoiem iniciativas que tornem esse órgão uma instância decisiva quando o assunto é criar ou não um novo curso de medicina. Ao mesmo tempo, em outras questões, como o projeto de lei do ato médico, que não recebeu o apoio daquele órgão, as decisões do Conselho podem ser ignoradas e se buscar um reforço da iniciativa parlamentar como forma de atender a essa demanda.

Ao lado da intermediação propriamente corporativa, representada pela participação do Conselho Federal de Medicina e da Associação Médica Brasileira – AMB, no Conselho Nacional de Saúde e em outras comissões ministeriais, e da intermediação por meio do parlamento, existe também as negociações que envolvem os acordos de gabinete. Essa é a atuação preferencial da Associação Médica Brasileira – AMB na década de 70<sup>177</sup>. Aparentemente, foi a forma utilizada nas negociações que conduziram a promulgação dos decretos no governo Sarney que suspenderam a criação de novos cursos de medicina durante os anos de 1986 e 1987.

O uso da influência pessoal deste ou daquele dirigente é uma forma de mobilizar capital político para a corporação. Mas essa não é a primeira vez que a corporação apela diretamente a uma autoridade constituída. Exemplos dessa prática são encontrados em outras ocasiões, com resultados variáveis.

Assim, não se pode dizer que existe uma gestão exclusivamente corporativa dessa questão. A via parlamentar ou a gestão direta da corporação junto a um determinado dirigente são utilizadas de forma seletiva, de acordo com a conjuntura política ou o interesse em jogo.

---

<sup>177</sup> “Os Kassabistas, quando dirigiam a AMB e outras associações médicas, tradicionalmente utilizaram outros instrumentos e mecanismos para viabilizar a conquista de seus propósitos. Não convocavam grandes mobilizações de médicos como forma de pressão sobre as autoridades; confiavam mais no acordo, na reunião de gabinete; na nota de protesto enviada diretamente ao governo, muito divulgada na imprensa médica” (CAMPOS, 1986, p. 110).

A caracterização do sistema de gestão de interesses feita por Schmitter (1968), parece ainda ser adequada para caracterizar o sistema de intermediação de interesses: um sistema de múltiplos canais de acesso, no qual o parlamento é utilizado para algumas iniciativas, sendo que uma grande parte do trabalho político ocorre na interação com a burocracia do Estado que, por sua vez, acontece pelos meios formais (comissões, conselhos, grupos de trabalho, etc.) ou informais. Nesse último caso, as relações pessoais desempenham um papel importante para propiciar a aproximação e o acordo entre as partes. Não raro, algumas iniciativas parlamentares são resultado de acordos realizados no âmbito ministerial (ou com uma entidade representativa) e depois são introduzidas no Parlamento como uma iniciativa individual de um parlamentar.

Assim, a gestão desse interesse específico da corporação médica, ou seja, o controle sobre o número de faculdades de medicina, segue o padrão mais geral de intermediação de interesses característico do sistema político brasileiro.

Os argumentos da profissão são influentes no do Conselho Nacional de Saúde. Entretanto, a participação e influência nesse órgão de representação corporativo não significam uma aceitação da autoridade desse órgão para outras questões. Tanto é assim que, em outros assuntos, as determinações desse Conselho são ignoradas, como é o caso do ato médico. Tudo se passa como se a iniciativa de outros atores fosse utilizada seletivamente e modificada para atender aos interesses da corporação.

Não existe uma continuidade nos arranjos corporativos e as alianças respondem às circunstâncias da correlação de forças políticas. A maior expansão do ensino de medicina e o maior fechamento ocorreram no período do regime militar. Durante os vinte anos do regime, foi o período em que mais foram criadas faculdades de medicina. No final da década de 60, em um período de menos de cinco anos, e também o período no qual ocorreu o maior fechamento da profissão, já que durante dez anos não se criou nenhuma nova faculdade de medicina.

Nada garante, entretanto, que a transferência dessa competência para o âmbito de influência do Ministério da Saúde assegure uma política de criação de novas faculdades de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS. Isso porque a maioria das decisões do Conselho Nacional de Saúde é contrária à criação de novos cursos, definindo a “necessidade social” como a suposta recomendação da Organização Mundial de Saúde – OMS.

Portanto, entre os interesses da corporação médica e aquele das universidades privadas, temos períodos de expansão seguidos por épocas de fechamento, sem que sejam

definidos critérios mais estáveis para essa questão e que se coadunem com as políticas oficiais de saúde.

## 7. Dimensões ocupacionais do setor saúde

A busca do controle sobre a expansão no número de faculdades de medicina é uma das principais preocupações das lideranças médicas. Entretanto, o mercado de trabalho, ou seja, o local no qual acontece a capitalização do título, pode ser um fator de desestruturação da profissão, já que mudanças organizacionais ou técnicas poderiam redundar em uma alteração nas características tradicionais do lugar (do posto) que a profissão ocupa dentro da sociedade.

O que interessa mais diretamente é a dinâmica de trabalho da profissão médica, mas faz-se necessário situá-la dentro de um contexto mais amplo do setor saúde. Nesse sentido, as dificuldades são inúmeras, já que informações mais detalhadas sobre a força de trabalho em saúde são relativamente escassas. De fato, não existe uma série histórica confiável pois, muitas vezes, um determinado tipo de coleta de informações é descontinuado. De qualquer forma, a utilização de dados de mais de uma fonte produz um retrato relativamente confiável e permite acompanhar as transformações do mercado de trabalho em saúde<sup>178</sup>.

Em 1976, o Brasil tinha cerca de 13 mil estabelecimentos de saúde. No início da década de 80, esse número passou para 18 mil e, em 2002, chegou-se a 67.612 estabelecimentos, incluindo aí 6.223 hospitais (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2004).

Em 2002, o número total de vínculos de trabalho formais atrelados diretamente ao setor saúde, segundo o Ministério da Saúde, era de 2,18 milhões (BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2006)

Girardi e Carvalho (2002), numa análise que utilizava uma metodologia diferente daquela do Ministério da Saúde dimensionava o macro-setor setor saúde em 2,6 milhões de vínculos de emprego ou 10% dos empregos da economia formal<sup>179</sup>.

Ainda, segundo o autor, 70% desses vínculos de emprego estavam no “núcleo” do setor saúde, ou seja, cerca de 1,7 milhão estaria ligado ao setor de serviços: hospitais, clínicas

---

<sup>178</sup> As informações são relativamente confiáveis, já que se utilizou trabalho de autores que possuem uma tradição nesse tipo de análise. Entretanto, todos os trabalhos estudados ressaltam as deficiências nos dados oficiais para acompanhar a dinâmica desse mercado. Assim, as informações apresentadas, embora não sejam um “retrato fiel” da realidade do setor saúde, captam em grandes linhas o movimento no período estudado.

<sup>179</sup> Segundo o autor, seus cálculos incluíam as atividades industriais de produção de medicamentos, farmoquímicos, equipamentos e instrumentos; atividades atacadistas e varejistas de comercialização destes produtos; seguros de saúde; atividades de saneamento básico; profissionais de saúde em atividades de ensino e pesquisa e desenvolvimento (GIRARDI, 1997).

e serviços de diagnósticos. Desse total, cerca de 930 mil empregos estavam distribuídos entre 38 profissões (de nível superior e “técnicas”).

Tabela 15: Brasil: vínculo de emprego no setor saúde (serviços), 2000<sup>180</sup>

Tipos de vínculos	Total (em milhares)	%
Pessoal de enfermagem	489	52,6
Médicos	152	16,3
Enfermagem	69	7,4
Farmacêuticos	40	4,3
Odontólogos	38	4,1
Assistentes Sociais	30	3,2
Outras profissões	112	12,0
Profissões nível superior	441	47,4
Total	930	100,0

Fonte: RAIS<sup>181</sup>. Nossa elaboração.

Em relação à divisão entre vínculos públicos e privados, as informações de 2000 davam apontam que 44% dos empregos em saúde (24% dos empregos da economia formal como um todo) eram públicos e 56% privados. No caso específico dos médicos, 66% dos vínculos formais de trabalho estavam no setor público, sendo que esse percentual permaneceu inalterado entre 1995 e 2000 (GIRARDI; CARVALHO, 2002).

É importante ter em conta que as mudanças trazidas pela Constituição Federal de 1988 determinaram uma transformação de todos os empregos celetistas em estatutários. Ocorreu nesse período uma transformação nas denominações profissionais. No caso dos médicos, cerca de 25% dos registros na Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) de 1989, sob a denominação médicos, passam a ser denominados “funcionários públicos” nos anos posteriores (GIRARDI; CARVALHO, 2002). Assim, existe um número expressivo de vínculos que não constam na tabela anterior.

Em dezembro de 2005, segundo dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), existiriam 226 mil vínculos de trabalho para médicos (celetistas, estatutários e outros vínculos formais), sendo que médico registrado na RAIS, tinha em média 1,3 vínculo de trabalho. Já a pesquisa de Assistência Médico-Sanitária – MAS registrava, para o mesmo ano,

<sup>180</sup> Os “vínculos de trabalho” não são postos de trabalho, já que um mesmo profissional pode ocupar mais de um vínculo.

<sup>181</sup> As informações constam em Girardi (GIRARDI; CARVALHO, 2002).

cerca de 520 mil vínculos de trabalho para esses profissionais. O que indicaria a existência de vinculações de trabalho que escapam aos registros tradicionais adotados pelo Ministério do Trabalho (GIRARDI, 2007).

Em 2005, o número de médicos em atividade seria estimado em 309 mil. A maioria deles tendo se formado depois de 1963.

Em 1959, o Brasil possuía cerca de 27 mil médicos, aproximadamente cerca de um médico para cada 2.000 habitantes. Essa situação se modificou rapidamente nas décadas seguintes (ROEMER, 1991).

Segundo Nogueira<sup>182</sup> (apud MÉDICI, 1992), a formação maciça de médicos a partir de 1968, por um lado, deu lugar a um excedente relativo, que passou a ser condição estrutural de funcionamento do setor com feições capitalistas. De outro modo, criou uma sobre-oferta de médicos que foi justamente o que assegurou, nas décadas seguintes, a expansão e diversificação do aparato assistencial em seus múltiplos níveis de atenção, inclusive na primária<sup>183</sup>.

Em 1959, o número de médicos era de 27 mil. Uma década mais tarde, em 1970, o número de médicos formados já teria aumentado para 45 mil (um incremento de 18 mil novos médicos na década de 60). Durante a década de 70, devido ao crescimento no número de faculdades no final da década anterior, a quantidade de novos médicos aumenta para 56 mil e, em 1980, o número de médicos no mercado de trabalho passa para 101 mil (MÉDICI, 1992). Assim, em cerca de vinte anos, o número de médicos no mercado quase que triplica.

Essa sobreoferta é relativa, já que até a metade da década de 80 o número de empregos formais em saúde cresceu em proporções maiores do que o de profissionais. Pode-se dizer que, entre 1967 e primeira metade da década de 80, existiu sempre um número de vínculos de emprego superior ao de médicos. O que se explica pelo crescimento no número de empregos em uma velocidade superior ao número de profissionais formados. Entre 1977 e 1983, por exemplo, foram criados 74 mil vínculos de empregos para 56 mil médicos formados (NOGUEIRA, 1987).

Nesse período, o percentual de médicos com um vínculo de trabalho assalariado permaneceu inalterado, ao redor de 67%. A maioria desses vínculos de trabalho assalariados

---

<sup>182</sup> NOGUEIRA, R. P. Dinâmica do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil. Monografia do GAPI, Brasília: OPAS, 1986.

<sup>183</sup> A criação dessas novas faculdades de medicina, seja por pressão da classe média, seja por uma decisão política do regime militar, consubstanciada no Programa Estratégico de Desenvolvimento (triênio 1968/1970), duplicará o número de portadores de um título superior na área da saúde: em 1970, esse número era de 221 mil; em 1980, passou para 419 mil, entre médicos, odontólogos, farmacêuticos e enfermeiros (MÉDICI, 1992).

era, entretanto, de tempo parcial. Entre 1976 e 1980, o número desses empregos de tempo parcial nunca foi inferior a 75%. Ocorreu, entretanto, uma redução daqueles médicos que trabalhavam sob regime autônomo, de 32% para 24%. Nesse caso, o que aconteceu foi um aumento na categoria “outros”, que representava cerca de 0,22% em 1970 e, em 1980, passou para 8%. (MÉDICI, 1992).

Outra característica do mercado de trabalho do período era que os profissionais que se inseriam em mais de uma situação de trabalho conseguiam auferir proporcionalmente mais do que aqueles que tinham somente uma vinculação. “Assim, em 1980, 28,7% dos médicos com mais de uma ocupação auferiam renda superior a 30 salários mínimos, enquanto que apenas 11,1% dos que tinham só uma ocupação inseriam-se neste patamar de renda” (MÉDICI, 1992).

Ao mesmo tempo, ao redor de 55% desses vínculos de trabalho, em 1984, estavam no setor público. Entretanto, a dependência do setor público seria maior: se fossem somados os vínculos de empregos ligados indiretamente ao setor público (de empresas que prestavam serviços ao INAMPS), esse percentual se elevaria para cerca de 77,6% (MÉDICI, 1992).

Finalmente, no período entre 1970 e 1980, apesar do crescimento no número de pessoas com título superior, o rendimento dessa parcela da população aumentou:

As categorias com formação universitária melhoraram sua posição relativa, na medida em que os profissionais com renda superior a 20 salários mínimos mensais aumentou de 13,2% para 25,2%, indicando, provavelmente, uma maior abertura do leque salarial destes profissionais. (...) a distribuição dos rendimentos dos profissionais de nível superior em 1970 detinha apenas uma única "moda", representada pela classe de cinco a dez salários mínimos. Nesta classe inseriam-se cerca de 28,3% das categorias universitárias, o que se altera, nesta relação, em 1980. A própria curva de distribuição dos rendimentos, que passa a ser bimodal, sendo a primeira (com 26,9% dos profissionais), também na faixa de cinco a dez salários mínimos mensais, e a segunda (com 15,1 % dos profissionais) na classe de 20 a 30 salários mínimos. Estabeleceu-se, portanto, um distanciamento entre profissionais bem-remunerados e de baixa remuneração (MÉDICI, 1992).

Em outro trabalho, Médici<sup>184</sup> aponta que, entre 1970 e 1980, a proporção de médicos com renda superior a 15 salários mínimos teria passado de 44% para 50%, ao mesmo tempo em que 40% dos médicos ganhariam mais de 20 salários mínimos (DINIZ, 2001).

Naquele período, no início da década de 80, cerca de 71% dos gastos do setor eram públicos, sendo que 46% eram recursos da Previdência Social (ROEMER, 1991, p.328). No período seguinte, a participação do setor público se mantém relativamente estagnada, enquanto cresce a participação do setor privado.

---

<sup>184</sup> MÉDICI, André Cezar. (1989). Estrutura e dinâmica da força de trabalho médica no Brasil na década de 70. Em André Cezar Médici (org), Textos de Apoio. Rio de Janeiro: ENSP e ABRASCO, 89-123.

Esse processo é concomitante à reforma sanitária, que produziu uma completa reorganização jurídica e institucional do setor saúde: o INAMPS, braço assistencial da Previdência Social, foi extinto e grande parte dos seus servidores foi transferida para os estados e municípios. Os municípios tornaram-se os principais responsáveis pela execução das políticas de saúde. A União, entretanto, permaneceu com uma considerável margem de influência sobre o setor, já que continuou a ser responsável pela maior parte do financiamento.

Se no período anterior à Constituição Federal de 1988 existia um grande empregador, o INAMPS, que era responsável por um enorme estoque de empregos, a partir daquela data ocorre uma descentralização em direção aos 5.561 municípios.

Em 2000, o setor público continuou a ser responsável por cerca de 56 % dos vínculos de emprego formal em saúde. Ocorreu, entretanto, uma transferência dos empregos entre unidades federativas, sem que se alterasse basicamente a composição e tampouco o número desses vínculos.

Tabela 16: Brasil: empregos no setor saúde em três períodos e divisão entre setor público e privado

Empregos	1976	%	1980	%	2002	%
Setor Público Federal	98.528	27	122.475	21	96.064	4
Setor Público Estadual	60.094	16	96.443	17	306.042	14
Setor Público Municipal	25.854	7	47.038	8	791.377	36
Setor privado	184.476	50	307673	54	987.115	45
Total	368.952	100	573.629	100	2.180.598	100

Fonte: IBGE<sup>185</sup>

Como resultado das inovações introduzidas pela Constituição Federal de 1988, aumenta em cerca de 33% o número de novos municípios. Assim, se em 1986 o Brasil tinha 4.176 municípios, em 2004 esse número passa para 5.562.

A tabela abaixo mostra como estão repartidos os vínculos de emprego formal entre os municípios.

<sup>185</sup> As informações constam em publicação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2006).

Tabela 17: Brasil: Municípios, população e empregos na área de saúde (2002)

Brasil	Total dos municípios	%	População	% população	Total empregos	%
Total	5.561	100	174.632.932	100	2.180.598	100
Até 10.000 hab.	2.690	48,4	14.014.928	8	128.656	5,9
10.001-20.000 hab.	1.384	24,9	19.654.828	11,2	165.725	7,6
20.001-50.000 hab.	963	17,3	29.434.636	16,9	244.227	11,2
50.001-100.000 hab.	299	5,4	21.778.833	12,5	209.337	9,6
100.001-500.000 hab.	194	3,5	40.960.344	23,5	518.982	23,8
Mais de 500.000 hab.	31	0,5	48.789.363	27,9	913.671	41,9

Fontes: IBGE; AMS<sup>186</sup>

É interessante notar que cerca de 90% dos municípios têm até 50 mil habitantes. Essa forma de organização dos serviços pós-constituente tem importantes reflexos na formatação na rede de serviços e também na dinâmica do mercado de trabalho.

Pelas tabelas, pode-se perceber que a participação do setor municipal passa de 8% para 36% entre 1980 e 2002. Entretanto, o número de vínculos de trabalho para a profissão médica permaneceu praticamente estagnado entre 1984 e 2000. Assim, se supõe que o número de empregos criados no setor público municipal não foi na profissão médica.

Já que o número de profissionais mais que duplicou no período, poderia se imaginar que houve um grande desemprego entre a profissão médica, já que um número insignificante deles abandonou a profissão. Outra hipótese é de que profissionais se inseriram em outras vinculações de trabalho que foram captadas nas formas tradicionais de aferição do emprego, tal como a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS). Então, os municípios utilizaram outras formas de contratação do trabalho médico não contempladas nos instrumentos tradicionais de medição do emprego.

Essa segunda hipótese parece ser a mais provável. O mercado pode ter evoluído em outra direção, criando novas oportunidades de trabalho que escapam dos mecanismos tradicionais utilizados para analisá-lo.

Os hospitais, por exemplo, que detêm cerca de 62% dos empregos formais em saúde, ao contrário do ocorrido até o início dos anos 90, estariam “terceirizando o trabalho de profissionais de saúde, ou seja, obtendo de fonte externa trabalho de médicos e outros

<sup>186</sup> Os dados constam em publicação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2006).

profissionais de saúde (por cooperativas e grupos médicos, agências de mão-de-obra, etc)” (GIRARDI, 1997, p. 143).

Se tomarmos o caso de São Paulo como indicativo do panorama nacional, os aproximadamente 24 mil vínculos de médicos assalariados reportados em estabelecimentos lucrativos escondem um volume muito maior de médicos ocupados no segmento. Neste estado, pouco mais de 6% dos hospitais com fins lucrativos revelaram, em pesquisa recente, propensão de contratar especialidades médicas preferencialmente pela via da relação salarial - 43% preferem contratar especialidades médicas sob formas autônomas e 41% optam por formas intermediadas por cooperativas e grupos médicos (GIRARDI; CARVALHO, 2002, p. 30).

Ao mesmo tempo, as operadoras de planos de saúde e cooperativas médicas mantêm pouquíssimos profissionais médicos nos seus quadros de funcionários, mas não deixam de representar uma fonte expressiva da renda desses profissionais. A remuneração do trabalho médico, nesse caso, é feita por procedimento e não por meio de vínculo de trabalho assalariado.

Somando-se a isso há os municípios que buscam outras formas de contratação que não aquelas previstas em legislação. Então, cerca de 70% das prefeituras estariam utilizando alternativas de contratação de médicos e enfermeiros que não se enquadram nas formas tradicionais de emprego. Entre as diversas razões alegadas estariam as restrições orçamentárias e legais impostas pela lei de Responsabilidade Fiscal ou em nome da “flexibilidade gerencial” (GIRARDI; CARVALHO, 2002).

Portanto, formas diferenciadas de contratação e remuneração criaram uma nova configuração no mercado de trabalho.

Apesar de os dados dessas fontes não serem diretamente comparáveis, pode-se dizer que eles fornecem uma pista acerca das dimensões da ocupação e da produção de serviços de saúde e relacionados, não incorporados à relação salarial típica na economia da saúde. Em linhas gerais, se encontra fora da relação salarial típica um conjunto muito heterogêneo de arranjos, a exemplo dos contratos de trabalho heterônomos precarizados, dos ocupados como conta-própria ou auto-empregados de pequena ou baixa qualificação (ocupações não regulamentadas), do trabalho autônomo “liberal”, do trabalho autônomo cooperado, dos autônomos contratados para prestação de serviços, das pequenas empresas de profissionais de saúde subcontratadas do setor organizado (sociedades de quotas limitadas e sociedades civis de profissões regulamentadas), dos profissionais “irregulares” e alternativos etc (GIRARDI; CARVALHO, 2002, p. 29).

No final dos anos 80, um novo setor saúde se forma, resultado da expansão do mercado de saúde suplementar, da municipalização do setor saúde e outros movimentos já iniciados na década anterior.

Se na metade da década de 80 a estatização da saúde parecia uma possibilidade para algumas lideranças médicas, nos anos seguintes essa hipótese fica fora da agenda política.

De fato, pesquisa realizada com médicos do Estado de São Paulo em 1999 mostra que cerca de 35% desses profissionais eram vinculados ao regime celetista e 19% ao regime estatutário. Entre eles, a maior parte tinha mais de um vínculo de trabalho e também conciliava essas atividades com um consultório particular, nesse caso atendendo a convênios e a particulares. Assim, o trabalho com vínculo estatutário ou celetista representa apenas uma das formas de inserções do médico no mercado de trabalho.

Tabela 18: Brasil: distribuição dos médicos segundo vínculo, por gênero % (1999)

Posição na ocupação	Homens	Mulheres
Empregado com carteira assinada	29,7	40,4
Funcionário público estatutário	17,2	21
Empregado sem carteira assinada	10,9	15,8
Autônomo (trabalha por conta própria)	23,4	17,5
Empregador	15,6	3,5

Fonte: IBGE (apud CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO, 2002, p. 9)

A tabela acima ainda mostra uma grande parcela desses profissionais que são exclusivamente autônomos, que trabalham sem carteira assinada ou que se enquadram na condição de empregador.

Segundo o Conselho Regional de Medicina de São Paulo, em 1997, “a moda salarial figurava entre 10 a 20 salários mínimos mensais”, sendo que “35,6% dos empregos médicos existentes no Brasil eram remunerados nessa faixa, proporção que subia para 43,9% no Estado de São Paulo”. Por sua vez, cerca de 20% dos médicos paulistas recebiam acima de 20 salários (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO, 2002, p. 15).

É difícil avaliar como se comportou o rendimento dos médicos entre 1982 e 2000. Médici aponta que, no início da década de 80, cerca de 40% dos médicos ganhavam acima de 20 salários mínimos. Essa pesquisa do Conselho de Medicina mostra que cerca de 20% desses profissionais ganhariam mais de 20 salários. Entretanto, são medidas diferentes: uma coisa é o rendimento assalariado, outra é o salário total, resultante dos diversos vínculos ou de outras inserções no mercado de trabalho.

Devido às diferentes formas de inserção desse profissional não existem registros confiáveis capazes de acompanhar a evolução salarial desses profissionais ao longo do tempo. A renda declarada não corresponde à auferida já que, em muitos casos, a produção de registros (notas fiscais, recibos) é feita somente no momento em que o paciente solicita, principalmente entre os profissionais liberais.

Outra pesquisa feita pelo Datafolha, a pedido do Conselho Regional de Medicina, em outubro de 2000, apontava que 53% dos médicos estavam “parcialmente satisfeitos” com a profissão e 34% se consideravam “plenamente satisfeitos”. Os entrevistados teriam em média 41,5 anos e 2,2 filhos. A pesquisa constatou ainda que:

Os médicos paulistas sobrevivem, em média, com renda familiar de R\$ 8.287,30 (46% declararam renda superior a R\$ 7.550,00) e atuam na área há 16 anos, em média. A renda familiar considera também os outros ingressos na família e não apenas o salário do médico. Em 1995, tinham renda média mensal (só com o trabalho médico) de US\$ 1.500 e atuavam na área há menos de 15 anos (47,7%) (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO, 2002, p. 65).

Outro indicativo de renda seria o salário médio de contratação desses profissionais nos Programas de Saúde da Família no Estado de São Paulo, em média 4,4 mil reais mensais (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO, 2002, p. 68).

Portanto, ao que tudo indica, o aumento no número de portadores não significou um decréscimo na renda, já que a região sudeste, segundo dados do Conselho Federal de Medicina, concentra cerca de um médico para cada 398 habitantes, uma das maiores densidades de médico por habitante do país. Mesmo assim, a pesquisa apontou uma renda média familiar de 8.287 reais.

## **7.1. Dimensões organizacionais do setor saúde: hospitais e planos de saúde**

### **7.1.1. Organização hospitalar e poder profissional**

Como já foi visto, a Previdência Social expandiu sua rede de serviços de atendimento basicamente pela compra de serviços do setor privado, principalmente o setor hospitalar. Com a unificação da Previdência, ocorreu uma expansão desses estabelecimentos, seja porque o Estado passou a comprar serviços e, portanto, permitiu a expansão do setor, seja pelo financiamento subsidiado para essas unidades se modernizarem (compra de equipamentos, por exemplo).

O Brasil de 1950, em todo o seu conjunto de hospitais, tinha cerca de 162 mil leitos disponíveis, sendo 46% no setor público e o restante (54%) no privado ou outras formas de enquadramento jurídico (ROEMER, 1991).

Em 2004, existiam cerca de 451 mil leitos. Os hospitais públicos eram detentores de 157 mil leitos (35%), o setor privado de 128 mil (28%), as entidades sem fins lucrativos de 151 mil leitos (33%) e os 15 mil leitos restantes (4%) eram de propriedades de outras organizações (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2004).

Nesse mesmo ano, existiam 6.223 hospitais no Brasil. Desse total, 43% eram públicos. Dos 57% restantes, 28% eram privados, 26% classificados como entidades beneficentes sem fins lucrativos, e os 6% hospitais restantes estavam enquadrados em outras formas jurídicas (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2004).

Considerados no seu conjunto, esses hospitais disponibilizavam cerca de 390 mil leitos para o Sistema Único de Saúde – SUS, ou 86% do estoque de leitos (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2004).

De outra forma, 43% das instituições hospitalares tinham até 30 leitos; 42% entre 31 e 99 leitos e somente 15% teriam acima de 100 leitos. É interessante notar que a tendência mundial é de existirem hospitais com no mínimo 100 leitos, já que existe uma economia de escala resultante desse número, com média entre 100 e 450 leitos. No caso do Reino Unido, por exemplo, 80% dos hospitais possuem mais de 300 leitos (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2004).

A forma como está estruturado o setor hospitalar tem um importante impacto na organização da saúde, já que o setor concentra a maioria dos gastos.

O serviço hospitalar no Brasil cresceu a partir da Reforma da Previdência, que se estabeleceu como grande compradora do setor privado e forneceu as condições para a expansão do segmento, seja pela demanda de serviço ou pelo financiamento direto do setor privado para compra de equipamentos.

Se em 1950 o Brasil tinha 156 mil leitos, 25 cinco anos mais tarde (1976) esse número passaria para 443 mil leitos. Nos quatro anos seguintes, há uma criação de mais 66 mil leitos. Assim, em 1980, existiam cerca de 509 mil leitos. Em 1992, esse número aumentou para 544 mil leitos, havendo uma redução para 471 mil leitos em 2002. Segundo dados do Ministério da Saúde de 2003, persistiam ainda leitos inativos (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2004).

Esse crescimento não se deve a nenhuma necessidade epidemiológica, mas sim a um fenômeno explicado na “Lei de Roemer”. A “lei” de Roemer assevera que o número de leitos necessários será sempre igual ao número de camas disponíveis em um hospital. Ou seja, existindo a capacidade instalada e um meio de pagamento assegurado, os leitos disponibilizados pelo setor hospitalar serão sempre crescentes até um teto ainda não determinado (ROEMER, 1991b).

De fato, uma grande parte dos hospitais construídos na década de 70 era de pequeno porte e atendia tanto a interesses políticos quanto profissionais, já que os hospitais privados eram operados e de propriedades de médicos (ROEMER, 1991).

Se formos adicionar a esse fato que o setor hospitalar absorve cerca de 62% dos vínculos de trabalho e que cerca de 35,21% dos estabelecimentos hospitalares teriam até quatro empregados com vínculo no estabelecimento, chega-se a um retrato mais aproximado das dimensões hospitalares no Brasil<sup>187</sup>, onde a predominância seria de um grande número de pequenos hospitais. A maioria desses pequenos hospitais tem uma grande quantidade de leitos desocupados, o que colabora para a crise no setor, já que esses hospitais são públicos ou dependem do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2004).

De outra forma, a maior parte dos empregos é gerada pelo setor público, já que o privado prefere outras formas de contratação:

Enquanto nos hospitais da rede pública predomina a contratação de médicos de forma assalariada, no setor privado prevalece a vinculação desses profissionais como autônomos ou como prestadores de serviços terceirizados, por meio de cooperativas ou empresas médicas. De fato, uma tendência crescentemente observada no mercado, especialmente nos hospitais privados lucrativos, vem sendo a organização do trabalho dos médicos na forma de sociedades civis de profissões regulamentadas ou sociedades de quotas de responsabilidade limitada (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO, 2002, p. 5).

Girardi aponta ainda que, segundo os critérios do IBGE para 1997, todo esse subsetor poderia ser caracterizado como informal, pois, segundo o Instituto, seriam classificadas como informais “todas as unidades econômicas de propriedade de trabalhadores por conta própria e de empregadores com até cinco empregados” (GIRARDI, 1997, p. 133).

A hipótese sugerida pelo autor para a existência desse segmento tecnicamente informal seria a de que ele existe para atender aos diversos interesses do setor, incluindo também os interesses das corporações profissionais:

Uma hipótese que pode ser aventada, com relação a este segmento, é que se trata de uma rede de faturamento (extensa, por sinal) constituída de pequenas sociedades de profissionais (minicorporações), estimuladas, na sua constituição, pela intenção de evasão tributária. Tais redes se constituem principalmente em articulação com organizações hospitalares “sem finalidades lucrativas” (instituições filantrópicas, entre outras formalmente não lucrativas), seja no interior físico destas organizações, seja como “terceiros” vinculados mas fisicamente separadas (GIRARDI, 1997, p. 134).

Entretanto, a expansão do setor hospitalar, mesmo dentro dos marcos atuais, longe de transformar o médico em um empregado, sempre foi complementada pelos interesses desse

---

<sup>187</sup>Segundo Girardi, teriam até no máximo quatro empregados: 40,73% das indústrias de farmoquímicos; 28,74% das indústrias de medicamentos; 54,76% dos fabricantes de aparelhos para uso médico-hospitalar e odontológico; 54% dos planos de saúde; 81,78% das farmácias e drogarias; 68,92 % do comércio atacadista de produtos farmacêuticos e médico-hospitalares (GIRARDI, 1997).

profissional. Os hospitais, como reprodução dos conhecimentos e também como fonte de uma crescente concentração dos médicos, é um fenômeno que se repete tanto no Brasil como em outros países.

Na América do Norte, o setor hospitalar até o final do século XIX era, basicamente, um local dedicado ao tratamento dos indigentes e outros miseráveis em geral. Para as demais classes sociais, o tratamento domiciliar, assistido por um médico particular, era a forma preferida de tratamento. Nas duas primeiras décadas do século XX, os hospitais passaram por uma rápida transformação e se tornaram os grandes centros de produção do conhecimento (GAGAN, 1998).

Entretanto, a organização hospitalar, dentro dos moldes burocráticos e sua crescente importância como o lugar preferencial para tratamento, não representou uma ameaça ao nascente profissionalismo. Mas ocorreu antes uma conjunção de interesses que fortaleceu a autoridade profissional do médico, criando-se assim uma instituição híbrida que combina duas linhas de autoridade, uma baseada em características burocráticas e outra na profissão médica.

Porém, esse tipo de organização baseada em duas linhas de autoridade, longe de ser o resultado de uma suposta divisão natural do trabalho, parece ser mais a resultante de uma disputa pela preservação do monopólio profissional, já que “enquanto muitas das restrições ocupacionais a respeito de quem pode fazer o que dentro do hospital tem características positivas, muitas são excessivas, servindo mais para proteger o trabalho e interesses profissionais do que beneficiar o paciente<sup>188</sup>” (COBURN; D'ARCY; TORRANCE, 1998, p. 419, nossa tradução).

Situação semelhante pode ser vista no Brasil, segundo Pereira Neto (2001), no início do século XX, quando poucos médicos se dedicavam exclusivamente ao trabalho em consultório. A atuação em instâncias de pesquisas e prática em instituições públicas e filantrópicas sempre foi um complemento à prática em consultório:

Um reduzido número de médicos dedicava-se exclusivamente ao consultório particular. A maioria dos relatores selecionados integrava esferas de decisão de políticas públicas e participava dos programas de assistência às coletividades implementados tanto pelo Estado quanto por instituições filantrópicas ou mutualistas. Esse fato não era contraditório com a presença do mesmo profissional em seu consultório particular, em moldes liberais. Atuar nas esferas política e pública de saúde e higiene era uma das estratégias possíveis para angariar prestígio, reconhecimento e, conseqüentemente, clientela para o consultório privado (Pereira Neto, 2001: 31).

---

<sup>188</sup> “[...] while occupational restrictions on who can do what within the hospital have positive features, many are excessive, serving more to protect jobs and professional interests than to benefit patients” (COBURN; D'ARCY; TORRANCE, 1998, p. 419).

À conclusão semelhante chega Donnangelo (1975, p. 69), ao estudar a função social desempenhada pelos hospitais filantrópicos no Brasil, no início da década de 70. Para a autora, neste tipo de instituição “se processava não apenas o atendimento da clientela privada, mas ainda a prática bastante difundida da prestação de serviços gratuitos”. Assim, o trabalho no hospital filantrópico representava não somente “um elemento significativo na conquista e manutenção de seu status social e profissional em virtude, especialmente, da atividade filantrópica que ele aí desenvolvia”, pois essas entidades eram “centros importantes de renovação e difusão de conhecimentos”. Por todas essas razões:

A estrutura hospitalar tradicional, longe de representar uma limitação da independência, revelava-se uma via para o exercício da autoridade pessoal e profissional, colocado como se encontrava o médico, no ápice da hierarquia de autoridade. Em outras palavras, o hospital aparecia como o prolongamento e não como uma alternativa para a atividade em consultórios privados; uma oportunidade de afirmação da individualidade e não uma situação de submissão a normas coletivas ou impessoalmente orientadas (DONNANGELO, 1975, p. 70).

Portanto, não existiria um antagonismo entre a instituição hospitalar e a prática privada da medicina em consultório. A maioria dos médicos, de uma forma ou de outra, sempre utilizou as instituições privadas, públicas ou filantrópicas de saúde para capitalizar prestígio social, que poderia se converter em ganhos na prática privada, e também como uma forma de atualização profissional.

Então, no Brasil, tanto nos hospitais privados como nos filantrópicos, e, mais recentemente, até mesmo em empresas médicas, esses profissionais conservaram um grau razoável de liberdade técnica e clínica, embora existindo uma certa dose de subordinação organizacional e administrativa conforme as circunstâncias de cada contexto<sup>189</sup>.

Os hospitais se organizaram segundo duas linhas de poder. Uma, que tem no topo um diretor ou superintendente, que administra o hospital em seus aspectos financeiros e materiais. Ainda controla aqueles profissionais significativamente denominados ‘paramédicos’ e que, na realidade, constituem a parcela da força de trabalho assalariada que auxilia na execução dos vários procedimentos possíveis: exames diagnósticos, cirurgias, consultas, internações, atividades de apoio etc. A segunda, e que em rigor não poderia ser considerada uma linha de poder, já que a distribuição de direitos e de responsabilidades é mais horizontal, seria constituída pelo autodenominado ‘corpo clínico’. A relação desse todo ou de suas partes com a direção obedece, via de regra, a um padrão negociado de tomada de decisão, caracterizando mais uma relação habitualmente existente entre governo, empresários - ou seus representantes - e pequenos produtores (CAMPOS, 1992, p. 59).

Portanto, dentro do setor hospitalar, percebe-se a existência de uma autonomia intermediária dos médicos e outros profissionais de nível superior. Embora diferente da

---

<sup>189</sup> No caso das “Santas Casas” o que ocorreu muitas vezes foi uma transferência “de fato” da direção de fato para os médicos (ROEMER, 1991).

radical autonomia do liberal tradicional, não se confunde com a condição dos assalariados tradicionais que possibilita a esses profissionais maior liberdade ou menor dependência aos detentores de capital ou ao Estado (CAMPOS, 1992).

Essa autonomia, tendo por base um capital escolar mas também social, se converteu em fonte de poder que condicionou a forma como os empreendimentos em saúde, tanto públicos quanto privados, se estruturaram, já que essa estruturação do setor é medida pelo poder técnico dessas corporações, especialmente dos médicos. Mesmo com o chamado empresariamento da área da saúde “foi conservado um razoável grau de autonomia profissional”, que teria diminuído “a influência e o poder de empresários e de dirigentes governamentais na gerência das instituições de saúde”. Ao mesmo tempo, mesmo com a “incorporação de novos equipamentos e de inovações tecnológicas, ao contrário do verificado em outras áreas, não tem diminuído a importância numérica e qualitativa da força de trabalho nos serviços de saúde”. A autonomia relativa foi, portanto mantida, pois esses profissionais, “mesmo sem capacidade financeira para construir ou equipar um hospital”, continuaram com “o monopólio do saber, e até mesmo com a exclusividade legal de operá-lo, de determinar quando e como iriam funcionar os vários equipamentos, pois são os responsáveis pela captação da clientela e interpretação dos resultados dos exames produzidos, sem o que não se realiza o processo de trabalho” (CAMPOS, 1992, p. 57).

Essa composição de interesses empresariais ou organizacionais com corporações profissionais, que buscam se adaptar tanto às demandas do mercado quanto aos padrões de política social do Estado e, ainda, às normas legitimadas pelo saber médico-sanitário, não é feita sem conflito entre as partes. Esse tipo de articulação demanda “uma complicada engenharia gerencial, sendo freqüente a eclosão de conflitos, que, em várias situações, levam até a paralisia institucional”. Essas disputas perpassam os hospitais privados e filantrópicos. “Nos hospitais filantrópicos, principalmente, tem sido comum o acirramento de disputas entre o corpo clínico e os seus diretores, já que, neste caso, não está bem definido o caráter da propriedade, e, em conseqüência, o poder de governo tende a estar sempre em disputa”. De qualquer modo, “mesmo reconhecendo a diversidade de interesses entre corpo médico e autoridades administrativas, não há como negar que costuma haver confluência de interesses entre os referidos sujeitos sociais” (CAMPOS, 1992, p. 61).

Portanto, o hospital, mesmo organizado segundo um padrão de organização tipicamente burocrática, irá permitir a existência dessa dupla linha de autoridade que, antes de representar uma tendência rumo ao assalariamento vai conservar uma autonomia relativa da profissão médica. A expansão e modernização do setor saúde durante as décadas seguintes à

unificação da Previdência não altera significativamente essa forma de organização dos hospitais.

Cada hospital, mesmo se integrando ao SUS, desfruta a mais completa autonomia quanto da seleção de sua clientela, não se alterando tal situação mesmo depois da publicação de uma série infindável de documentos oficiais instituindo regras para a referência e contra-referência. Nos hospitais contratados os doentes são selecionados pelos médicos componentes do corpo clínico, através de uma de suas portas de entrada. (...) Outra via, seguida pelos pacientes, é a que vai dos consultórios particulares aos serviços de maior complexidade (CAMPOS, 1992, p. 47).

Essa interseção de interesses não acontece, porém, na relação dos médicos com os planos de saúde.

### **7.1.2. Os planos de saúde, as cooperativas médicas e outras formas de intermediação do trabalho médico**

Não foi somente o setor hospitalar que se expandiu após a unificação da Previdência. Acompanhando uma tendência mais geral do setor, ocorre também a expansão das empresas de planos de saúde e outras modalidades de organização do segmento. Esse crescimento é maior ainda durante a década de 90, após a Constituição Federal de 1988.

Ao contrário dos hospitais, o crescimento dessas empresas a partir da década de 70, altera significativamente o exercício da medicina nos moldes liberais, embora a nova posição do médico nessas empresas não seja a de assalariado. Em relação à intermediação do trabalho médico, existem três formas principais: os planos de saúde, sejam eles de autogestão ou de medicinas de grupo, as seguradoras e o sistema de cooperativas médicas. Como já mostrado, os planos de autogestão representam 25% dos beneficiários de saúde suplementar, os planos de medicina de grupo 40% e as seguradoras 10% do mercado. Finalmente, e não menos importante, as cooperativas médicas, que detêm 25% dos clientes de saúde suplementar.

As cooperativas médicas, congregadas na União de Cooperativas Médicas do Brasil – UNIMED, diferente das demais modalidades de intermediação do trabalho médico, e de acordo com os princípios desse tipo de associação, são de propriedade de seus associados, no caso, os médicos. Praticamente inexistentes até o fim da década de 60, as cooperativas cresceram e se expandiram durante as décadas seguintes: em 1977, eram 60 cooperativas; em 1987, passou para 126. Finalmente, em 1998, eram 326 cooperativas médicas em todo o país (SILVA, 2003b). Em trabalho de 2001, Bahia (2001) contabiliza 360 cooperativas.

As cooperativas crescem em função de sua capacidade de organização em base municipal e funcionam como uma linha paralela de emprego aos médicos que trabalham em sistemas públicos de saúde (MEDICI, 2002).

Diferentes das demais formas de intermediação do trabalho médico, as cooperativas são uma reação das entidades sindicais para conter aquilo que elas percebiam com a mercantilização da saúde.

Em diversas ocasiões, até a década de 80, os Conselhos de Medicina tinham manifestado seu entendimento de que o trabalho em cooperativas seria uma saída para evitar a expansão dos planos de saúde. No entanto, a partir dos anos 90, algumas regionais do Conselho já manifestavam sua preocupação de que essa “saída” não era viável. Segundo esse entendimento, elas seriam “empresas inseridas nas leis de mercado”, que poderiam também usar as “as mesmas armas e táticas das medicinas de grupo” e assim se transformar “em outras medicinas de grupo” (BECKER, 1996).

De fato, as divergências com a UNIMED surgiram com mais intensidades em duas ocasiões a partir daquele período.

A primeira divergência entre a UNIMED e o Conselho de Medicina foi em torno da chamada “unimilitância”. A “unimilitância” é uma cláusula da Cooperativa que proíbe que o médico filiado ao grupo atenda a planos de saúde, sob pena de expulsão. Embora bem aceita em algumas regiões, a cláusula foi contestada pelo Conselho de Medicina e por uma ação no Conselho Administrativo de Defesa da Concorrência (CADE) que determinou, em 2000, que a Cooperativa retirasse a cláusula dos seus Estatutos. A decisão, entretanto, restringia-se ao caso específico de uma cooperativa na região de São Paulo.

A “unimilitância” e outras formas de controle de mercado instituídas pelos médicos (como os critérios de admissão no corpo clínico de um hospital), embora tenham um sucesso relativo em algumas regiões do país, parecem perder força nos grandes centros como São Paulo. Por sua vez, a UNIMED, a fim de se manter no mercado, instituiu regras que contrariaram os interesses dos médicos e, ao mesmo tempo, rejeitou algumas proposições das entidades médicas.

Em 2003, por exemplo, foi instituída a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), resultado de uma “ação unificada da Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, Sociedades de Especialidade e apoio das demais entidades médicas do país” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2007). Em linhas gerais, essa tabela de procedimentos aumentou de três mil para cinco mil os procedimentos médicos e clínicos a serem remunerados e trouxe também uma nova tabela de valores a serem pagos pelas operadoras. A adoção dessa nova tabela, que aumentou os custos das operadoras, foi contestada pelos planos de saúde e

também pela UNIMED, o que trouxe mais um ponto de conflito entre os interesses da Cooperativa e os das entidades médicas.

O Conselho Federal de Medicina nunca aceitou a atuação dos planos de saúde. Segundo o órgão, a intermediação do trabalho médico seria antiética, pois destruiria a chamada relação médico e paciente, que seria o fundamento da prática médica. Além disso, a remuneração paga pelos planos seria antiética, pois sub-remuneraria o trabalho médico e, assim, criaria as condições para que o profissional, pressionado pela baixa remuneração, cometesse atos antiéticos.

Em 1997, o então presidente do Conselho Federal de Medicina resumia a posição dos médicos e do Conselho sobre a questão dos planos de saúde:

Se os planos de Saúde ainda não se pautam por uma regulamentação ética e decente, aos médicos resta se fazerem respeitados como merecem. Uma coisa é inquestionável: quem define valores de honorários são aqueles que prestam serviços, jamais os que compram. Em Medicina, isto não é diferente. (...) O exercício da medicina não pode ser tratado como mercadoria, muito menos como instrumento a serviço do mercantilismo perverso e egoísta. A hora do basta chegou. Os médicos ainda não ganharam a luta, mas com certeza agora poderão olhar nos olhos dos senhores de convênios e dizer-lhes: Cuidem-se porque já não estamos mais de joelhos (NASSIF, 1997, p.4).

De uma forma ou de outra, a defesa do comportamento ético assume, na posição do Conselho, um papel bem mais abrangente do que zelar pelo exercício da profissão. Caberia aos Conselhos “combater com eficácia o médico antiético, mas principalmente lutar contra os fatores que o levam às atitudes antiéticas”, entre eles as condições de trabalho e “o aumento desregrado de médicos” (BECKER, 1993, p. 1).

A organização e forma de escolha (eleição entre os pares) fazem com que exista uma indistinção entre a atuação dos sindicatos, associações e conselhos. Embora tendo funções distintas, essas entidades podem ser utilizadas seletivamente, de acordo com o interesse em disputa.

### **7.1.3. As transformações da década de 70 e a “recriação” da profissão médica em novas bases**

As transformações nas condições sociais de realização do título - aumento do número de portadores do título, intermediação do trabalho, ações do Estado na área de Saúde, entre outras - acabam por imprimir à profissão médica um alto grau de diferenciação interna, que se torna mais vulnerável em sua capacidade de controle sobre as condições de remuneração e do exercício profissional (BONELLI, 1989).

Essas transformações, entretanto, não determinam que a posição do médico, mesmo quando trabalhando sob um regime exclusivo de assalariamento, tenha uma posição semelhante ao operário de uma linha de produção.

As transformações do setor saúde, após a unificação da Previdência, não decretaram o desaparecimento do médico enquanto produtor autônomo, mas antes uma modificação nas formas de inserção desse profissional no mercado de serviços de saúde. Elas recriaram a prática liberal em novas bases. Nessa nova situação, o exercício profissional aconteceu em num ambiente onde conviviam as formas autônomas, assalariadas, cooperativas e estatutárias. Não raro, um médico podia exercer sua prática como autônomo, ter uma vinculação celetista, uma terceira estatutária e, finalmente participar de uma cooperativa de trabalho.

Segundo Campos, essa recriação do exercício liberal de medicina foi possível graças à forma como se estruturaram os serviços de saúde públicos e privados no Brasil durante os anos 70 e 80. Os hospitais conveniados com o INAMPS criavam “espaço para credenciamento ou cadastramento da maior parte de seu corpo clínico, ‘recriando’ o exercício autônomo, ao mesmo tempo em que se ampliava a capitalização da produção de serviços”. Ao mesmo tempo, a “prática comum em empresas médicas” de credenciar “consultórios de especialidades que requerem maior investimento em equipamento ou que raramente são utilizadas” para o atendimento de sua clientela teria possibilitado também a recriação do exercício autônomo pela compra de serviços de terceiros a medicina de grupo. Finalmente, “firmas comerciais e industriais dos setores de ponta da economia” ao realizarem “convênios para prestação de assistência médica aos seus empregados com médicos em seus consultórios ou com cooperativas médicas” estariam também recriando a prática autônoma (CAMPOS, 1986, p. 26-7).

Assim, segundo Campos, a recriação da autonomia profissional foi possível devido à “heterogeneidade estrutural no mercado de trabalho médico e na forma com que se organiza a produção de serviços de saúde no Brasil” (CAMPOS, 1986, p. 33).

Portanto, essa nova inserção do médico no setor saúde não seria apenas uma configuração passageira da profissão em direção ao assalariamento definitivo, como defendiam alguns teóricos, mas antes uma recriação do modelo liberal tradicional em novas bases. Para Campos, o exercício liberal da profissão médica, caracterizado pelo controle sobre os meios de trabalho, a clientela e a remuneração, seria uma forma em declínio, residual. Entretanto, o mesmo não aconteceria com a prática autônoma que,

[...] ao lado do assalariamento parecem constituir nas modalidades dominantes de inserção no mercado de trabalho. Não se entendendo a prática autônoma

‘disfuncional’ dentro da atual estrutura dos serviços de saúde, uma vez que convive e necessita da intervenção do Estado entre o produtor e o paciente para sua expansão; uma vez que não se contrapõe à capitalização da produção destes serviços, ao contrário, a complementa; e finalmente por interessar à categoria enquanto mecanismo de defesa de seus níveis de renda e ampliação das oportunidades de emprego. ‘Disfuncional’ é o exercício liberal puro e clássico da profissão em um período em que o mercado capitalista não se rege mais pelos mandamentos do *laissez-faire* (CAMPOS, 1986, p. 32).

A expansão do mercado dos serviços de saúde não é, portanto, um fenômeno indiferente aos médicos, mas algo que coincidiria com suas expectativas de ampliação do mercado, embora isso não signifique que ela se processe de acordo com os interesses majoritários da categoria. Em muitos casos, a dinâmica dessa expansão acaba priorizando os interesses do capital investido na área de serviços e nas indústrias fornecedoras dos meios de trabalho médico, o que, evidentemente, não vai de encontro ao interesse do grupo (CAMPOS, 1986).

Portanto, apesar dos conflitos, a forma como o médico se inseriu junto ao setor privado (atendimento em consultório dos clientes dos planos de saúde) ou como tradicionalmente se consolidou o sistema de saúde nos anos 70 (atendimento hospitalar com base nas Unidades de Serviço – US, ou seja, o pagamento direto aos profissionais nos mesmos moldes da iniciativa privada, o chamado “código sete”) fez com que se consolidasse uma autonomia relativa dos profissionais tanto em relação ao setor privado quanto ao Estado. Essa autonomia relativa fez com que o profissional e o complexo hospitalar, embora com divergências pontuais, tivessem uma afinidade eletiva na luta pela expansão da produção ambulatorial e hospitalar, já que o mecanismo tradicional de pagamento do setor privado e do Estado tem por base a produção de serviços.

## **7.2. Um mercado imperfeito, pré-capitalista e de elasticidade infinita?**

### **7.2.1. A “privatização do social dos anos 90”?**

Uma análise do setor hospitalar e do mercado de saúde suplementar, feita no capítulo anterior, mostra que esse mercado não é um conglomerado industrial com grandes empresas monopolistas de um lado e, de outro, uma grande massa de assalariados. De fato, o setor saúde no Brasil convive com grandes empresas multinacionais e um grande número de pequenas empresas capitalistas.

O setor de saúde suplementar e suas 1.790 operadoras, nas quais somente 53 empresas (3%) concentram mais de 50% dos clientes, quando a tendência mundial no setor é de concentração num pequeno número de operadoras.

O setor hospitalar, com seus 451 mil leitos distribuídos entre 6.223 hospitais, sendo que cerca de 2.670 desses estabelecimentos teriam até 30 leitos (43%) e somente 930 (15%) teriam mais de 100 leitos, quando a economia da saúde aponta em direção a um modelo de grandes hospitais com mais de 100 leitos.

Essa dispersão em inúmeras unidades produtoras que inicia na década de 70 por meio da Previdência Social se acelerará com a municipalização da saúde. Tanto como resultado do processo de centralização quanto por outras tendências em curso já na época da promulgação desse Estado de Bem-Estar Social “temporão”.

O Brasil, apesar de constitucionalmente ter um sistema universal de saúde, possui um gasto público inferior aos Estados Unidos, país que é sempre citado com o exemplo típico de um sistema de proteção social residual. O gasto público também é muito inferior a um país como o Canadá, que possui um sistema de saúde universal como o Brasil, mas com mais restrições em termos do que é coberto ou não pelo Estado.

Tabela 19: Gasto público e privado no Brasil, Canadá e Estados Unidos

País / Ano	Gasto público em saúde %					Gasto privado em saúde %				
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
Brasil	42,8	41	42,9	44,8	45,3	57,2	59	57,1	55,2	54,7
Canadá	70,3	70,3	70,1	69,7	69,9	29,7	29,7	29,9	30,3	30,1
Estados Unidos	43,8	44	44,8	44,8	44,6	56,2	56	55,2	55,2	55,4

Fonte: WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006, p. 178-9, com adaptações)

Se utilizarmos uma mesma medida monetária, que leva em conta os custos internos de um país e o valor de compra do dinheiro (como é a medida de dólares internacionais), chegaríamos aos seguintes números:

Tabela 20: Gasto público e Privado Brasil, Canadá e Estados Unidos, em dólares internacionais, per capita

País / Ano	Total gasto em saúde em % PIB					Gasto total em saúde per capita em dólares internacionais				
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
Brasil	7,8	7,6	7,8	7,7	7,6	543	558	584	592	597
Canadá	9	8,9	9,4	9,6	9,9	2400	2509	2705	2841	2989
Estados Unidos	13,1	13,3	14	14,7	15,2	4335	4588	4934	5324	5711

Fonte: WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006, p. 178-9, com adaptações)

É claro que, como já ressaltado diversas vezes, não existe um acordo científico para determinar o volume de gastos necessários para atender às demandas de saúde. Por exemplo, mesmo países como o Canadá e os Estados Unidos, tão próximos geográfica e economicamente, gastam valores muito diferentes em saúde. O Canadá, apesar de gastar praticamente a metade do que gasta os Estados Unidos (em valores per capita), possui um sistema de saúde universal, com um desempenho igual ou superior ao seu vizinho. É sabido que os Estados Unidos, apesar dos gastos elevados em saúde, possui uma parcela considerável da população sem nenhum tipo de cobertura.

Alguns defensores do sistema de saúde canadense argumentam que a diferença entre as expectativas de vida entre os dois países (o Canadá tem uma expectativa de vida maior que os Estados Unidos) seria devido ao sistema de saúde canadense, mas isso é um debate inconcluso. Não se pode simplesmente associar um maior volume de gasto com um melhor desempenho do sistema. O que não equivale a dizer que o atual nível de gasto no Brasil seja suficiente para atender às “necessidades mínimas” em saúde. Conceito que também é sujeito a uma disputa política específica, já que não existe acordo sobre o que seriam essas “necessidades mínimas”.

Entretanto, não é somente no volume e na divisão entre gasto público e privado que o Brasil se diferencia do Canadá e Estados Unidos. A própria composição do gasto privado é muito diferente.

Tabela 21: Gasto privado em países selecionados, divisão entre tipos de pagamento entre os anos de 1999 a 2003<sup>190</sup>:

País	Gasto privado: planos de saúde					Gasto privado: pagamentos diretos				
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
Brasil	18,8	20,7	20,5	19,8	19,6	38,4	38,3	36,6	35,4	35,1
Canadá	11,3	11,6	12,4	12,8	12,7	16,3	15,9	15,3	15,3	14,9
Estados Unidos	34,5	35,1	35,4	36,0	36,5	15,2	14,8	14,2	13,7	13,5

Fonte: WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006, p. 178-9, nossa elaboração)

Como se percebe pela tabela, no Brasil existe um mercado de desembolso direto que superaria os Estados Unidos em quase três vezes: naquele país, em média 13,29 % dos gastos em saúde seriam de desembolso direto, ao passo que no Brasil esse percentual é em torno de 35,11%.

Já no caso dos planos de saúde, o mercado de saúde no Brasil compreende cerca de 19,58% dos gastos, nos Estados Unidos esse setor compreende em média 36,04% dos pagamentos.

É claro que a metodologia da Organização Mundial da Saúde pode ser questionada. Mas mesmo assim ela é um dos únicos indicadores capazes de produzir números comparativos. Ao mesmo tempo, dificilmente outra metodologia produziria uma proporção tão diferente na divisão entre gasto público e privado e entre pagamentos diretos e pagamentos por meio de planos de saúde.

Se juntarmos os números coletados por Roemer, esse quadro se torna ainda mais claro. O autor aponta que, em 1982, cerca de 71% dos recursos da saúde eram provenientes do Estado sendo que, desse valor, cerca de 46% era de recursos vindos da Previdência Social, que ele contabilizava como públicos. O setor privado representava cerca de 29% do restante do gasto, sendo que 16,5% eram de desembolso direto e os demais 12,5% de planos privados, seguros de empresa e outros. O total do PIB gasto em saúde seria de cerca de 4% (ROEMER, 1991, p.328).

<sup>190</sup> Note-se que a soma entre os três itens não irá fechar em 100%, já que nos cálculos da Organização Mundial da Saúde não são contabilizados os gastos com seguridade social. Entre 1999 e 2003, esse valor, no caso do Canadá, representaria cerca de 2,2% do total dos gastos em saúde. Já no caso dos Estados Unidos, o valor é de cerca de 5,8%.

Assim entre 1982 e 2003 o desembolso direto em saúde teria passado de 16,5% do total de gastos em saúde para 22,6. Já os planos de saúde teriam passado de 12,5% do total de gastos para 19,58%.

Dessa forma, se os dados forem comparáveis entre si, se chega à conclusão de que a participação do setor saúde no PIB teria quase que dobrado entre 1982 e 2003 (de 4% para 7,6% do PIB). Entretanto, no período, mesmo que o Estado tivesse aumentado o volume de recursos para a saúde, esse aumento não tem mantido o mesmo ritmo de crescimento do gasto privado. Em 2003, o Estado participou com 3,5% do PIB (+0,60% em relação a 1982). Já o setor privado aumentou sua participação para 4,1% PIB (+3,6% em relação a 1982).

Entre 1982 e 2003, o setor privado como um todo teria ampliado sua participação no gasto total em saúde de 25,7% para 54,7%, em um período onde teoricamente ocorreu a universalização do direito à saúde. A universalização não aconteceu, mas sim a privatização da saúde. De fato, a privatização da saúde não se tornou realidade na década de 70, mas sim na de 90.

Além disso, a própria dinâmica do setor privado não segue uma tendência “tipicamente capitalista”, ou seja, o setor privado, em um país capitalista como os Estados Unidos, por exemplo, segue uma lógica de concentração de grandes empresas de seguro saúde que servem de intermediárias entre o paciente e o cuidado em saúde. Essa concentração segue tanto a própria lógica concorrencial quanto a necessidade de dividir os riscos entre um número maior de beneficiários.

Uma análise sumária das operadoras dos planos de saúde e dos hospitais revela o quanto esse setor ainda está atrelado a formas “pré-capitalistas”. O grande número de pequenos hospitais, os micro-planos de saúde, o grande volume de pagamentos diretos, entre outros fatores, mostra o quanto esse setor ainda se encontra estruturado segundo regras quase artesanais<sup>191</sup>.

### **7.2.2. Um mercado imperfeito e de elasticidade infinita?**

Nunca é demais lembrar que, embora a medicina seja uma ciência, a prática médica não é. A aplicação prática do conhecimento médico está atravessada por uma série de incertezas que dificilmente seriam codificáveis em uma série de regras e procedimentos. Além disso, ao longo dos anos, vários estudos vêm contestando o “mito de que os serviços médicos e a organização dos hospitais são científicos, racionais e têm um funcionamento otimizado,

---

<sup>191</sup> Sobre esse assunto ver Bahia (1999).

tem sido minado por estudos que revelam de forma consistente o quanto existe de variação nas taxas de hospitalização e padrões de tratamento para uma mesma condição [clínica]<sup>192</sup>” (COBURN; D'ARCY; TORRANCE, 1998, p. 418, nossa tradução).

Um fato que intriga o observador é que, apesar de o número de médicos ter mais que duplicado em cerca de 20 anos -entre o início de 80 e o final de 90 – não houve uma diminuição na renda média dos profissionais. Ao que tudo indica, ocorreu o contrário.

Isso não seria um fenômeno exclusivo da realidade brasileira. Alguns autores argumentam que “os médicos exercem um grau de influência considerável no uso de seus serviços (dentro dos limites da ética profissional). Eles podem usar essa influência, por meio da combinação de preço e tomada de decisões, para manter um determinado nível de renda próximo do desejado<sup>193</sup>” (BARER; EVANS; LABELLE, 1988, p. 2, nossa tradução).

Esse seria um dos motivos que levariam a um crescente aumento no valor dos serviços médicos: “os honorários têm, de forma consistente, aumentado mais rápido que o nível geral de inflação, durante todo o período de pós-guerra. De fato, nos dados mais recentes essas taxas de crescimento real parece estar se acelerando<sup>194</sup>” .

Segundo a teoria econômica clássica, isso aconteceu devido à existência de um serviço que não é substituível, ou de difícil substituição, e cujo estoque é limitado. Um aumento na produção do produto ou serviço tenderia a diminuir o preço do produto.

Alguns observadores afirmam, fundamentados em argumentos básicos de “oferta e demanda”, que um crescimento constante no número de médicos, em um ambiente cada vez mais competitivo, estaria revertendo essa tendência [de aumento crescente nos rendimentos auferidos pelos médicos]. Entretanto, evidências que corroborem esse fato se recusam a aparecer. De fato, pelo menos até 1986, incrementos na oferta de médicos têm sido associados com um aumento e não redução nos honorários [médicos], previstos nesses conceitos básicos da economia<sup>195</sup> (BARER; EVANS; LABELLE, 1988, p. 2, nossa tradução).

---

<sup>192</sup> “[...]the myth that medical care and hospital organization are scientific, rational and functionally optimal has been punctured by studies consistently revealing how much variation there is among physicians in rates of hospitalization and in treatment patterns for the same condition” (COBURN; D'ARCY; TORRANCE, 1998, p. 418).

<sup>193</sup> “[...] physicians exercise a significant degree of influence over the use of their own services (within the constraints of professional ethics). They can then use this influence, through a combination of pricing and output decisions, to maintain some roughly specified level of target income” (BARER; EVANS; LABELLE, 1988, p. 2).

<sup>194</sup> “[...] physicians' fees have consistently escalated faster than general inflation levels over the entire postwar period . Indeed, in the most recent data the rate of real increase appears to be accelerating” (BARER; EVANS; LABELLE, 1988, p. 2).

<sup>195</sup> “Some observers maintain, on the basis of simple "supply and demand" arguments, that steady growth in the numbers of physicians in an increasingly competitive environment is about to reverse this trend . But supporting evidence has so far steadfastly refused to emerge. In fact, at least down to 1986, increases in the supply of physicians have been associated with increases in fees, not the decreases that the simpler constructs of economic theory predict” (BARER; EVANS; LABELLE, 1988, p. 2).

Em 1986, o valor dos honorários médicos representaram cerca de 20% do custo total do setor saúde, nos Estados Unidos e 16,5% no Canadá. Sendo que nos Estados Unidos, durante a década de 70, elas cresceram em ritmo mais acelerado do que no Canadá:

Gastos com os serviços médicos (...) perfazem cerca de 16% do gasto em saúde, num contraste marcante com os Estados Unidos, onde eles alcançam quase 20%. (...) Os serviços médicos [no Canadá], em particular, se apropriavam de 1,32 % do PIB em 1971 e 1,35% em 1985. Os números correspondentes para os Estados Unidos são 1,44% e 2,07%. As diferenças são maiores que meio ponto do PIB<sup>196</sup> (BARER; EVANS; LABELLE, 1988, p. 8-10).

É interessante apresentar alguns números das diferenças entre o crescimento do setor saúde no PIB entre Estados Unidos e Canadá.

Tabela 22: Canadá e Estados Unidos: Percentual do PIB apropriado pelo setor Saúde (1971; 1985; 2000)

País / Ano	1971	1985	2000
Canada	7,2	8,62	9,9
Estados Unidos	7,4	10,63	15,2

Fonte: nossa elaboração<sup>197</sup>

Até 1971, ambos países destinavam um percentual praticamente igual com o setor saúde. No final da década 60, foi implementado o Medicare no Canadá e, a partir disso, se buscou um controle nos preços dos serviços médicos. As diferenças entre os valores apropriados pelos médicos do PIB também se alteraram. Se em 1971 esses percentuais eram muito próximos, nos anos seguintes existe um crescimento de mais de 0,62 no caso dos Estados Unidos e de 0,03 no caso do Canadá.

Tabela 23: Canadá e Estados Unidos: Percentual do PIB apropriado pelos médicos (1971; 1985)

País / Ano	1971	1985
Canadá	1,32	1,35
Estados Unidos	1,44	2,07

Fonte: Barer; Evans e Labelle (1988).

<sup>196</sup> “Expenditures on services of physicians (...) make up about 16 percent of health spending, in marked contrast with the United States where they reach nearly 20 percent. (...) Physicians' services, in particular, amounted to 1.32 percent of the GNP in 1971, and 1.35 percent in 1985. The corresponding American figures are 1.44 percent and 2.07 percent. The difference amounts to one-half a percentage point more of the GNP” (BARER; EVANS; LABELLE, 1988, p. 8-10).

<sup>197</sup> Informações da OMS: [www.who.org](http://www.who.org) e Barer; Evans e Labelle (1988).

Em 1985, o valor dos honorários médicos no Canadá e Estados Unidos era, respectivamente, de cerca de 15,48% e 19,48 do total do gasto em saúde.

Essas informações mostram que o médico conseguiu controlar sua própria demanda, já que os honorários médicos cresceram mais nos Estados Unidos do que no Canadá, país que instituiu um certo controle sobre o crescimento dos honorários médicos. Esses fatos, se comprovados por meio de outros estudos, implicam numa revisão da teoria econômica clássica:

A habilidade dos médicos para compensar o controle dos honorários, aumentando sua produção de contas [serviços] implica que eles têm um controle direto sobre a demanda, ou ao menos sobre a utilização dos seus serviços, independente dos preços enfrentados pelo consumidor/paciente. Esse processo é comumente descrito como “demanda induzida pela oferta” [SID, no original], que é uma questão central de uma vasta produção teórica e empírica sobre a dinâmica do mercado de saúde. Essa vasta literatura é controversa, tendo em vista que as implicações da SID é que a teoria econômica neoclássica é incapaz de explicar o comportamento do mercado de saúde. As teorias tradicionais da soberania do consumidor, determinação independente da demanda (ou ao menos a utilização), e do equilíbrio de preço [determinado pelo mercado] são abandonadas<sup>198</sup> (BARER; EVANS; LABELLE, 1988, p. 38-9, nossa tradução).

É claro que a questão é controversa, mas se for verdade, isso tem implicações enormes na organização do setor saúde. Poderia-se elaborar uma hipótese de que o crescimento do setor saúde estaria ligado ao aumento no número de profissionais.

É controverso, mas assim também são todas as projeções a respeito de um número ideal de médicos. Se a alegação feita pelas associações médicas de que o número máximo de médicos necessários é de um para 1.000 ou de um para 1.500 como fala Rachlis, então todo o número acima disso seria um desperdício de recursos. Já o aumento de profissionais apenas aumentaria o custo do setor como um todo, sem trazer mais saúde.

Assim, dentro das regras de mercado, o aumento no número de médicos não produziria uma baixa no valor de seus serviços e nem sua diminuição também não acarretaria tal efeito. A substituição desse tipo de serviço esbarra no monopólio legal, mas nada garante que o novo serviço que venha a substituir o atual não se torne um novo monopólio.

---

<sup>198</sup> “The ability of physicians to offset the effect of fee controls by increasing their rates of billing activity implies that they have direct control over the demand for, or at least the utilization of, their own services, independent of the prices faced by consumer/patients. This process is commonly referred to as "supplier-induced demand" (SID), which is a central issue in the larger theoretical and empirical literature on the dynamics of the medical care market. This literature is extensive and controversial, since one of the implications of SID is that standard neoclassical economic theory is incapable of explaining behavior in the medical marketplace. The traditional t of consumer sovereignty, exogenously determined demand (or at least utilization), and price-equilibrating markets are abandoned“(BARER; EVANS; LABELLE, 1988, p. 38-9).

Seria possível traçar um paralelo com o Brasil? Como foi visto, o setor saúde brasileiro é muito diferente do Canadá e dos Estados Unidos. No Brasil, o volume de pagamentos diretos é muito maior que nos Estados Unidos e no Canadá. Ao mesmo tempo, o volume de pagamentos por meio de planos de saúde é menor em solo brasileiro que nesses dois países. Pode-se supor que o grau de liberdade para o médico perseguir um determinado nível de renda no Brasil seja maior que nos Estados Unidos, dentro das limitações impostas pelo tamanho das duas economias.

Entretanto, mesmo que mantenhemos o percentual apropriado pelos médicos no setor saúde na casa dos 20%, ainda assim estaríamos em um valor de cerca de 1,5% do PIB que seriam gastos com serviços médicos. Desse modo, como o setor saúde no Brasil, em 2003, representou cerca de 7,6% do PIB e o PIB, por sua vez, foi de 1,5 trilhão se chegaria aos seguintes valores:

Tabela 24: Brasil: PIB 2003 e valor apropriado pelo setor saúde (em bilhões de reais)

PIB Total em 2003	1500	Participação %
Setor Público	51,6	45,3
Gasto privado direto	40,1	35,1
Planos de saúde	22,3	19,6
TOTAL apropriado pela saúde	114	100%

Fonte: WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006), nossa elaboração.

Assim, haveria uma massa de cerca de 114 bilhões de reais, dos quais 22,8 bilhões seriam apropriados pelos médicos em seu conjunto, em partes desiguais segundo a sua inserção no setor. Essa, por sua vez, alicerçada na raridade do título<sup>199</sup>. Isso em uma estimativa conservadora, já que o setor saúde, na forma como está estruturado no Brasil, proporcionaria mais oportunidades para o médico determinar sua renda, dentro das limitações impostas pela economia nacional.

É de se perguntar se, dado as diferentes composições do gasto entre público e privado e, principalmente, da posição intermediária ocupada pela profissão médica, o que aconteceria com um aumento de recursos no setor, seja ele público ou privado?

Com os médicos a situação não é diferente. A imensa maioria desses profissionais é integrante do corpo clínico de um estabelecimento público, mas também participa em alguma atividade de consultório ou na rede credenciada privada (BAHIA, 1999). Assim, os médicos

---

<sup>199</sup> Esse valor gasto em saúde é próximo daquilo que foi estimado por Ugá e Santos para os mesmo ano: 115 bilhões de reais (UGA; SANTOS, 2006).

que trabalham para o Sistema Único de Saúde também prestam serviços para o setor privado e acabam funcionando “como a porta de entrada privilegiada para aqueles que têm planos privados de saúde”. (MEDICI, 2002, p. 103). Por sua vez, essa situação pode funcionar em uma linha inversa: médicos do sistema público referem pacientes para os sistemas privados. (MENDES, 2001).

Portanto, no Brasil, o imbricamento entre setor público e privado tem no médico um dos principais intermediários. O funcionamento do sistema público enquanto um grande segurador do sistema privado beneficia os quadros envolvidos no processo: o segurado, a seguradora, o prestador do serviço e o médico:

Todas as pessoas cobertas por seguros médicos privados podem também recorrer ao SUS. Os grupos de renda mais alta, maior nível de informação e contatos pessoais com os gestores e profissionais que atuam no sistema de saúde passam a usar seletivamente o setor público para procedimentos de alto custo, o que lhes permite ter acesso ao mercado de seguros médicos privados pagando preços equivalentes aos vigentes para um perfil econômico de menor risco. Essa situação também favorece aos seguros médicos. Como os profissionais que atuam no sistema público são os mesmos que trabalham em um contexto de exercícios simultâneo de ocupações múltiplas, nos seguros privados podem realizar para os segurados dos planos de saúde exames e procedimentos mais caros utilizando as instalações do setor público, sem computar os custos correspondentes aos seguros médicos privados (MEDICI, 2002, p. 30).

Além disso, mesmo que não houvesse esse imbricamento, os médicos, devido à posição central no sistema de saúde, influenciam decisivamente na organização do setor e, portanto, nos custos do setor saúde, já que “parte significativa dos gastos dos sistemas de serviço é ordenada pelos médicos, o que tem sido chamado de gastos determinados pela caneta dos médicos” (MENDES, 2001, p. 89).

## 8. A profissão médica e o Estado no Brasil

Uma das proposições iniciais foi de que as políticas do setor saúde estão relacionadas aos interesses do grupo dominante, no caso, o dos médicos. Esse grupo, graças a sua ascendência dentro do setor, conseguiu influenciar de forma decisiva a maneira como ocorre a intervenção do Estado. Essa influência, entretanto, não está restrita somente ao poder de veto da profissão no Parlamento - como propõe o (neo) institucionalismo, mas também condicionaria a implementação das políticas. Assim, seria preciso entender em que bases se estruturam os interesses da profissão e também de que forma o grupo se insere no setor saúde, já que dessa dinâmica poderia se entender como o grupo busca preservar sua autonomia financeira e técnica frente a essa inserção do Estado.

Como foi visto, a intervenção do Estado no setor saúde nos “países industrializados”, embora já existisse no período anterior, se intensifica na segunda metade do século XX. A partir de 1960, a participação do item saúde no Produto Interno Bruto (PIB) de todos os países tem aumentado de forma significativa.

Entre as razões sugeridas para essa tendência crescente do setor estão a incorporação crescente de novas tecnologias e de novos medicamentos e tratamentos, que têm um peso significativo nos custos. Além disso, as novas descobertas científicas têm prolongado a longevidade da população e, com isso, aumentado o peso da saúde na economia, já que existe uma tendência a consumir cada vez mais saúde a medida em que se envelhece.

Entretanto, esses fatores, embora importantes, não são suficientes para explicar as diferenças significativas da participação do setor na estrutura de países que possuem economias e fatores morfológicos muito semelhantes, caso dos Estados Unidos e do Canadá.

O custo em saúde é resultado também das formas organizacionais em que o setor saúde se estrutura. Os custos crescentes em saúde são assim resultados das disputas entre os diversos grupos sociais que compõem o setor que, ao procurarem expandir ou manter sua participação, elevam a participação do item saúde na economia de cada país. Assim, haveria uma expansão da participação da saúde no PIB sem que isso signifique um melhor desempenho do sistema como um todo<sup>200</sup>.

---

<sup>200</sup> As forças que exigem a expansão do sistema de saúde são: transição demográfica, acumulação epidemiológica, medicalização societal, urbanização, incorporação tecnológica, incremento da força de trabalho e corporativismo empresarial e profissional. O sistema de saúde é resultado do movimento dessas forças e passa a ser prisioneiro de diversos grupos de interesse, o que leva à ausência de objetivos, à pobreza de resultados e à impossibilidade de uma ação eficaz de natureza intersetorial (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2004).

O setor saúde é intensivo em utilização de “trabalho vivo”: médicos, enfermeiros, técnicos das mais diversas áreas, etc. Mais do que isso, no caso da medicina e outras profissões de saúde é uma força de trabalho que se organiza segundo regras e procedimentos próprios. No caso dos médicos, trata-se de uma organização que precede a expansão da atuação de outros agentes, sejam eles públicos ou privados. Dessa forma, os setores públicos e privados tiveram que, de uma forma ou de outra, acomodarem seus interesses com aqueles da profissão médica.

Os médicos se opõem à ação estatal quando essa ameaça sua posição no setor ou quando suas políticas representam um obstáculo a sua forma tradicional de prática, alicerçada no modelo liberal e na autonomia da prática. No caso do Canadá, a organização do setor está alicerçada na figura do médico. Ao longo dos anos, por meio de um processo de negociação entre a corporação e Estado, chegou-se a um arranjo corporativo no qual a profissão manteve seu status no setor e frente a outras profissões. A expansão da intervenção do Estado sofreu inicialmente uma oposição da profissão que, aliada às empresas de seguro saúde, algumas criadas e dirigidas pela profissão, pretendiam reservar ao Estado um papel residual no setor, qual seja: providenciar cobertura para aqueles que não pudessem pagar por um plano privado.

A literatura sobre o assunto prevê um antagonismo entre os médicos e as políticas de intervenção do Estado no setor e mostra também que, pelo menos no caso de Canadá e Inglaterra, existe uma acomodação entre a corporação e Estado. Assim como no Canadá, o sistema de saúde inglês segue um padrão de acomodação corporativa entre Estado e profissão médica<sup>201</sup>:

Portanto, já que o Brasil tem também um sistema formalmente universal, procurou-se saber qual a forma que assume essa dinâmica entre Estado e profissão médica.

### **8.1. A “medicina liberal” e o Estado até 1967**

É preciso lembrar que no período anterior à unificação de Previdência, em 1967, existia uma estrutura de assistência médica, patrocinada pelo Estado. Essa estrutura, entretanto, não representava uma ameaça as estratégias de reprodução dos médicos. Pelo contrário, o Estado complementava e reforçava a posição do médico.

Existia um pequeno núcleo de assistência médica desde a década de 20, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões, depois transformadas nos Institutos de

---

<sup>201</sup> Segundo Tuohy, a lógica decisória que se desenvolveu dentro do Sistema de Saúde Pública [NHS] da Inglaterra é aquele de um “corporativismo hierárquico”, resultado de uma acomodação entre estado e profissão médica. Esse arranjo, apesar das inúmeras mudanças ao longo das décadas, ainda se mantém até o final da década de 90 (TUOHY, 1999).

Aposentadorias e Pensões, os IAP's. A criação dos institutos foi acompanhada pela constituição de uma incipiente estrutura estatal. Todos os institutos fizeram concursos, inclusive para médicos. O trabalho dos médicos era, entretanto, complementado pela prática privada.

A aprovação em um concurso público para um dos institutos significava um grande prestígio, dentro e fora da profissão, mas não impedia a atuação do profissional no setor privado. Além disso, o emprego público, naquele período, servia como uma forma de angariar clínica privada.

A prática de acúmulo de diversos empregos públicos também era bastante antiga entre os médicos. Ela foi extinta pelo Governo Vargas na década de 30, sendo permitida novamente durante o regime militar<sup>202</sup>.

No período pós-64, devido à falta de médicos na carreira militar, a proibição foi revogada, pois os militares estavam com dificuldade em atrair médicos para integrarem seus quadros<sup>203</sup>.

O multiemprego, atualmente, é fenômeno geralmente associado com aquilo que alguns autores denominam de “proletarização” da medicina: um mesmo profissional acumula mais de uma posição na estrutura ocupacional visando a preservar sua renda. Entretanto, o fenômeno tem raízes bem mais antigas. Se hoje ele é visto como resultado de uma proletarização da profissão, devido a um “excesso” de profissionais no mercado de trabalho, naquela época ele era decorrente da situação inversa, ou seja, o médico ocupava mais de uma posição no mercado ocupacional devido ao motivo inverso: a inexistência de médicos em número suficiente para atender a demanda por esses profissionais.

Dessa forma, mesmo com a proibição de acúmulo de funções no período dos Institutos de Previdência e Assistência, os profissionais sempre conseguiram conciliar a prática privada com um emprego público. Uma das razões era o regime de trabalho diferenciado dos médicos nos institutos, de quatro horas diárias. Essa medida era adotada porque o profissional “não suportaria absolutamente uma carga maior” (GREY, 1997).

---

<sup>202</sup> “Tinha o Sandro Rocha Vaz, que era um médico de confiança, daqueles que o Getúlio prestigiava muito, e até não sei porque, porque não era um sujeito tão brilhante assim, mas era o professor Rocha Vaz e o Rocha Vaz, quando veio a Revolução de 30, sabe quantos empregos o Rocha Vaz tinha? tinha 8 empregos. Então foi uma das medidas do Getúlio, foi justamente acabar com a acumulação, você não tinha acumulação. (...) Então, a acumulação só se restabeleceu com a Revolução de 64, mas isso é em consequência de um fato muito interessante, e que naquela ocasião havia falta de médicos” (GREY, 1997).

<sup>203</sup> “Havia falta, a coisa era de tal ordem que o Exército fazia publicações nos periódicos” convocando “para fazer o concurso para Oficial Médico do Exército, da Marinha, da Aeronáutica, etc”. Entretanto, mesmo “oferecendo uma série de vantagens pra ver se eles conseguiam atrair um número de médicos suficientes para isso e a turma não queria” entrar na carreira militar, pois obteriam renda superior “no mercado de trabalho” (GREY, 1997).

Na verdade, a legislação, no início da década de 50, era de 33 horas semanais. Entretanto, isso nunca chegou a ser cumprido, tendo em vista a reação da corporação médica.

Na realidade, através de regulamento (pouco conhecido, aliás) do Governo Federal, foi fixada a duração do trabalho médico nas Caixas e Institutos em 33 horas semanais, e apenas um destes tentou pô-lo em execução. A repulsa dos médicos foi tão forte que, entre os funcionários e a administração da instituição, foi tacitamente feito acordo, numa distribuição artificial de horas de trabalho. (...) A duração de nosso trabalho nunca poderá ser medida rigorosamente em horas, com exigência de ponto (ROSA BORGES, 1951, p. 91)

A manutenção dessa clínica privada atendia aos interesses dos médicos, mas não pode ser atribuída a uma possível estratégia para preservação do nível salarial, já que, segundo um depoente (LARANJA, 1991) naquele período inicial dos institutos, os médicos teriam “uma situação [financeira] excepcional”, pois “entraram com um padrão muito alto”, mesmo que, depois, essa situação “excepcional” tivesse se modificado:

Eu me lembro que eu brincava, quando eu me aposentei, em 71, foi no governo Médici, me aposentei, eu digo: “Poxa, olha só - quando eu entrei como médico cardiologista, que passei pra cardiologista de concurso, eu ganhava o equivalente ao general de brigada e fui aposentado, 35 anos depois, como sargento” (LARANJA, 1991).

A aprovação em um concurso para os institutos ou a obtenção de uma cátedra em uma das universidades públicas do período era motivo de consagração social e de disputas que mobilizavam não somente os interessados, mas sociedade da época.

De acordo com outro depoente, o médico Aloysio de Salles Fonseca (que ocupou durante sua carreira diversas funções nos antigos IAP's e depois na Previdência Social), o Hospital dos Servidores – HSE, no Rio de Janeiro, no início da década de 50, cinco anos depois de ser inaugurado, tinha no seu corpo clínico “mais ou menos 150 médicos”, sendo “23 professores catedráticos”. Desse grupo, ainda segundo o depoente, se fossem incluídos os médicos que ocupavam as posições de “docentes e assistentes”, se chegaria a um total de “mais de 100 médicos que também eram professores”. Nas palavras desse médico, o hospital era como uma “Faculdade de Medicina”, sendo que todos teriam sido efetivados por concurso público (FONSECA, 2004).

A consagração social, seja por uma aprovação para uma universidade, instituto ou outro órgão público, garantia um prestígio que poderia ser utilizado para angariar clientes na esfera privada. Essa convivência entre o setor público e privado era comum e não parecia

criar nenhum conflito com a autoridade estatal<sup>204</sup>. Segundo o médico Ermírio Estevam de Lima, “o ato de um concurso tinha uma certa repercussão no ambiente, não só científico como social, o ambiente popular. Isso dava uma clientela” (ESTEVAM DE LIMA, 2004).

O depoimento do médico Aloysio de Salles Fonseca (2004) é ainda mais esclarecedor dessa relação. Segundo ele, durante muito tempo, ser funcionário do Hospital dos Servidores do Estado “era, vamos dizer, uma espécie de cartão de recomendação”. Além de prestígio, o emprego público fornecia também uma clientela que era atendida no consultório privado:

Então, eu tive muita clínica decorrente da minha ação no Hospital dos Servidores do Estado. Não porque eu drenasse os doentes do hospital para meu consultório, mas como resultado da minha ação lá dentro do hospital. Você sabe muito bem, que ou a gente entra no anonimato da instituição, ou a gente eventualmente procura se destacar. (...) Medicina liberal dava a você muita gratificação, e até remuneração muito maior, mas você tem que ter um hospital, um lugar para você desenvolver as suas pesquisas, o seu tirocínio maior. Então, isso tinha que ser feito ou na Santa Casa, ou no Hospital da Assistência (aí com remuneração) (FONSECA, 2004).

Outro depoente, médico da Fundação Oswaldo Cruz, mostra a importância do emprego público para a atuação no setor privado:

E alguns aqui, também não vou citar o nome, havia um médico famoso que tinha um receituário em que botava assim: Doutor fulano de tal, concursado do Instituto Oswaldo Cruz'. (risos) Sim senhora! Ou então: 'Contratado por concurso, nomeado por concurso'. (...) O Instituto sempre deu muito prestígio às pessoas. Inclusive até se dizia na época que algumas pessoas (...) não serviam à instituição, se serviam da instituição, mas suas coisas lá fora, seus arranjos, suas arrumações, enfim (CUNHA, 1991).

Esse depoimento é interessante porque o entrevistado acrescenta que também teria sua prática privada, mas que seria lícita, pois ele nunca se serviu da Instituição. Ou seja, não existia nenhum problema entre o emprego público e privado, desde que o médico não se servisse do setor público: “sempre trabalhei e ganhei, mas sempre dei um bom retorno à instituição” (CUNHA, 1991).

Além de ser utilizado como fonte de consagração social e angariar clientes no setor privado, um emprego público era uma forma de se manter atualizado, tanto pelo pertencimento e, conseqüente interação com outros médicos, quanto pelas oportunidades de viagens de atualização profissional no exterior.

---

<sup>204</sup> Havia exceções, como em algumas estruturas do Instituto Oswaldo Cruz. “Por exemplo, o Olympio da Fonseca tinha consultório na cidade e era muito criticado por isso. O Olympio da Fonseca é um caso muito especial do Instituto, porque (...) quando se preparou pra fazer o concurso na Escola de Medicina, todo mundo o ajudou muito. (...) Agora, ele se aproveitou do Instituto, não correspondeu, de maneira nenhuma”. O médico Olympio da Fonseca não teria correspondido “ao esforço que o Instituto fez para botar ele lá”, tanto porque manteria uma prática privada, paralela ao seu emprego, quanto porque teria “brigado com todo mundo” do Instituto. Assim, mesmo tendo sido aprovado “com muita justeza” na seleção, ele teria se “aproveitado” do Instituto (LOPES, 1991).

A trajetória do médico Algy de Medeiros -- professor universitário e também funcionário do IAPI, depois integrado ao quadro do antigo INPS, em 1967, --mostra como funcionava esse arranjo:

Eu não me canso de repetir a influência do professor Feijó na minha vida. (...) A faculdade, de vez em quando, ganhava umas bolsas de estudo – em [19]55, o professor Feijó me chamou e disse: “Olha, eu estou com uma bolsa para uma pós-graduação na América do Norte, você quer ir?” “Eu digo “se eu quero, estou pensando nisso há muito tempo”. Então ele me deu essa bolsa, (...) e passei 1 ano e meio, em Filadélfia (MEDEIROS, 2004).

Tanto o médico Algy de Medeiros quanto o “professor Feijó” eram professores em cursos de medicina e também médicos do Instituto de Aposentadorias dos Industriários – IAPI. Existia, portanto, uma certa continuidade entre o trabalho na universidade e no IAPI.

Assim, ao fornecerem um “ambiente diferenciado”, os institutos não representavam uma ameaça à forma como era exercida tradicionalmente a medicina. Pelo contrário, complementavam essa prática, fornecendo as condições institucionais e oportunidades de atualização. Essa atualização acontecia tanto pelas oportunidades de interação entre os pares quanto pela de afastamento remunerado para estudos ou atualizações no exterior. O médico Aloysio de Salles Fonseca, após licença remunerada de quatro anos nos Estados Unidos, reassumiu seu posto dentro do serviço público e em sua clínica privada:

[Eu] Tinha um consultório na avenida Rio Branco, e tinha uma clientela já muito promissora. Quando eu fui para os Estados Unidos eu já tinha uma clínica. (...) Todo mundo achou que eu era maluco. Disse [ram]: “Como é que via ficar aí?” Porque eu fui com uma bolsa de estudos de um ano e meio, era uma bolsa da Fundação Kellogg’s e, em vez de ficar um ano e meio, fiquei quatro, e não me arrependo disso não, parei quatro anos da minha clínica privada aqui, particular. Eu voltei, e, seis meses depois, tinha mais clínica do que quando tinha saído. (...) Mantive, esse foi o sistema que nós criamos no Hospital dos Servidores, que depois foi adotado pela Previdência. Nós estabelecemos, de modo que, desde que o programa de uma viagem ao exterior fosse patrocinado por alguma entidade oficial, que o IPASE, ou o hospital no caso, asseguraria todas as vantagens correspondentes, promoções se houve, e etc. E isso foi mantido até hoje [1987] lá no hospital (FONSECA, 2004).

O emprego público naquele período garantia, além de um salário de “general de brigada”, uma forma de angariar uma clientela para o consultório privado. Também assegurava uma atualização dos conhecimentos, o que sustentava também um diferencial nesse mercado privado.

Além disso, naquele período, o emprego público era uma “segurança” ao médico. Já que “o médico sentia que não tinha condições de viver exclusivamente dos proventos da sua clínica privada”. Ele “precisava ter um anteparo, uma retaguarda financeira”, o que o direcionava para os empregos públicos (GREY, 1997). Entre os empregos públicos estavam

(no Rio de Janeiro) aqueles da “rede da Assistência Municipal, que tinha sido criada pelo Pedro Ernesto. E era um lugar muito cobiçado pelos médicos” (FONSECA, 2004).

Ao mesmo tempo, esse trabalho nos hospitais públicos era uma forma de atualização, e, quando não era remunerado (caso das Santas Casas), era visto como uma “doação” do médico em favor da comunidade: “Imagine, Santa Casa viveu muito tempo disso, da clínica privada dos seus grandes médicos. (...) Vai lá na Santa Casa hoje, a maior parte dos serviços são dotados à custa desse tipo de doação” (FONSECA, 2004).

Assim, as ações estatais no setor saúde até o início da década de 60, em pouco ou quase nada influenciavam as formas tradicionais de reprodução e capitalização do título de médico, embora houvesse oposição de algumas entidades médicas à existência desse setor de medicina pública, como veremos mais adiante.

Portanto, nesse período, apesar de existir uma ação estatal, seja pelo patrocínio aos institutos de pensão ou de sua atuação direta como provedor de assistência, a ação do Estado não representava uma ameaça à profissão. Pelo contrário, a atuação do médico no setor público garantia a ele uma possibilidade de atualização, prestígio e reconhecimento social o que, por sua vez, poderia ser convertido em uma vantagem no mercado privado, onde esses profissionais nunca deixavam de participar.

De outra forma, no caso específico das práticas médicas, a utilização do setor público como meio de capitalização privada também continuou no período pós-64, tanto mais que muitos do que ocupavam cargos importantes na direção da Previdência eram também médicos com uma prática privada.

A unificação da Previdência em 1967 e a criação de novas escolas de medicina no ano seguinte alteraram as condições sociais de reprodução do título dentro do estrato social que o dominava até então. Esse aumento no número de portadores do título, aliado à expansão, mudaram esses arranjos entre Estado e profissão

É claro que desde o período anterior a unificação, a existência de um setor, já era vista por algumas lideranças médicas como uma ameaça ao seu mercado de trabalho. Dependendo da extensão da ação estatal, poderia ampliar ou reduzir o mercado de trabalho médico.

Ampliar porque criava postos com prestígio social, que depois poderiam ser convertidos em clientela privada. Reduzir porque uma das conseqüências da implementação das políticas públicas seria a redução das doenças e, portanto, poderia diminuir o número potencial de clientes capazes de consumir serviços médicos. (PEREIRA NETO, 2001). Assim, as lideranças médicas, desde o início do século, procuraram circunscrever os limites do Estado no setor.

É claro que essa intervenção do Estado não era vista por todas as lideranças como um complemento e prestígio social. Os médicos paulistas, por exemplo, viam no envolvimento do Estado uma ameaça à profissão. Os médicos do Rio de Janeiro, por ser a capital Federal, não tinham tantas objeções ao papel estatal. Essas diferenças se acentuaram ao longo das décadas de 70 e 80.

A intervenção estatal era aceita, mas o Estado deveria criar meios para impedir que “embusteiros” se utilizassem delas sem pagar. Essa preocupação motivou algumas recomendações das elites médicas em 1922. Para o médico Miguel de Oliveira Couto, por exemplo, caberia o Estado construir as instalações hospitalares para atendimento da população em geral, que

[...] compreenderiam enfermarias gratuitas, pequenas salas para a diária de cinco mil réis e quartos particulares para dez mil réis. Para prova da indigência basta em geral a sua só alegação; no caso, porém, de fundada suspeita de embuste, proceder-se-á à sindicância pelos meios adequados a cada caso, obrigado o embusteiro a pagar a sua diária se ficar comprovada a fraude (PEREIRA NETO, 2001, p. 131).

Outro representante da elite médica do período, Ireneu Malagueta, especifica melhor como deveriam ser organizados os serviços públicos nesses hospitais:

Deve o hospital de isolamento ter, além das instalações para doentes gratuitos, pavilhões confortáveis e até mesmo luxuosos para doentes que paguem, pois, dispondo delas, os próprios doentes e as suas famílias, em vez de furtarem-se ao isolamento, serão os primeiros a procurá-lo, sabendo que encontrarão todo o conforto e os meios adequados de diagnóstico e de tratamento de que dispõe a medicina contemporânea (PEREIRA NETO, 2001, p. 131).

As propostas da profissão médica no início do século parecem claras: o Estado deveria criar as condições para o atendimento à população em geral, mas, ao mesmo tempo, preservar um mercado paralelo no qual o médico poderia continuar sua prática privada. A intervenção do Estado era necessária, mas deveria ser limitada, tendo em vista que o estabelecimento de um sistema público poderia reduzir as oportunidades de ganho no mercado privado.

Em outro encontro dos médicos daquela geração, em 1951, propostas semelhantes foram apresentadas sob o clima de criação do sistema de saúde inglês. Nessa ocasião, o médico Durval Rosa Borges (1951, p. 97), asseverava que de “modo a preservar a prática da Medicina Liberal”, seria necessário “vigiar rigorosamente para que indivíduos de posses não abusem dos serviços beneficentes e do Seguro Social”, o que seria comum na época. Segundo o médico, era “bastante freqüente segurados usarem dos serviços das autarquias para determinados fins, outros lhes sendo providos” na medicina privada. Seriam clientes que teriam “seus médicos particulares” mas pediriam “exames complementares nos institutos”, ou

se internariam “nos serviços públicos pagando extraordinários por melhores alojamentos, assistência especializada, alimentação diferenciada, tipo escolhido de anestesia” (ROSA BORGES, 1951, p. 97). O grande problema com esse tipo de arranjo seriam as perdas financeiras que esse tipo de prática traria para os médicos:

Nesses casos, o médico ou cirurgião que lhes assiste nada recebe a mais, e isso nos parece errado. (...) A fim de que o exercício da Medicina liberal não seja prejudicado pelos abusos nos serviços prestados pelo Seguro Social, estes devem ser organizados em bases uniformes e suficientes, não permitindo a concessão de regalias de qualquer natureza aos segurados (ROSA BORGES, 1951, p. 97-104).

Para outros médicos, a intervenção do Estado, circunscrita ou não a determinados grupo sociais, era um passo em direção à estatização. Outro médico, na mesma ocasião observou que o crescimento no número de Institutos de Previdência estaria conduzindo a uma “socialização” do setor:

É a socialização ou a estatização da Medicina. Temo-la em embrião em nosso país e suas alavancas são conhecidas por Institutos de previdência. Já em 1931, assinalávamos numa conferência o fenômeno médico-social e suas perspectivas para a classe médica, por força da legislação que criava aquelas entidades. (...) São massas enormes de consumidores que os Institutos vêm subtraindo da clínica particular (NAZARETH, 1951, p. 107).

Embora essa questão já fosse levantada pelas associações profissionais desde o início do século, é a partir da unificação da Previdência e intensificação da ação do Estado no setor que essas questões passam a ter maior visibilidade.

## **8.2. A profissão médica e os limites para a intervenção do Estado (1963-1987)**

De fato, as transformações ocorridas durante as décadas que se seguem à unificação da Previdência transformam a forma como tradicionalmente era exercida a profissão médica, mas não decretam o fim do exercício liberal de medicina. Entretanto, desde o período anterior à unificação, o exercício exclusivo da medicina pelo “modelo liberal” estava se tornando cada vez mais residual.

As transformações da profissão nas décadas seguintes à unificação da Previdência podem ser acompanhadas pelas disputas entre as lideranças, principalmente as disputas pelo controle da Associação Médica Brasileira (AMB).

### **8.2.1. O “Kassabismo” e a defesa da medicina liberal**

Entre 1969 e 1981, a Associação Médica Brasileira (AMB) foi dirigida pelo médico Pedro Kassab.

A Associação Médica Brasileira – AMB, sob a direção de Kassab, inicialmente encarou com bastante otimismo o advento do regime militar de 1964<sup>205</sup>, “uma vez que o perfil conservador e autoritário do “Kassabismo” se identificava com o discurso elitista e privatista de defesa da livre-iniciativa adotado no primeiro período de consolidação do movimento” (CAMPOS, 1986, p. 65). Durante o período, o espaço político conseguido pela AMB e outras entidades próximas ao “Kassabismo” junto ao regime culminaram com o Plano Nacional de Saúde, ou Plano Leonel Miranda, nome do ministro da Saúde na época.

Este Plano de Saúde previa uma quase que universalização da assistência médica. A prestação dos serviços ocorreria via produtor privado custeada pelo Estado com complementação financeira por parte de quase todos os usuários. Estava prevista a livre escolha do médico pelo paciente e o pagamento de honorários diretamente à pessoa física do médico (CAMPOS, 1986, p. 65).

O plano estava de acordo com os interesses da profissão em se manterem como produtores independentes e cobrarem seus honorários de acordo com os “meios” do paciente. Por uma série de circunstâncias, o Plano Leonel Miranda nunca foi implementado. Entretanto, parte das propostas teria sobrevivido, entre elas o sistema de pagamento dos honorários médicos por Unidade de Serviço (US). Esse método de pagamento gerava uma produção de serviços difícil de ser acompanhada pelo Estado, já que qualquer procedimento poderia ser variável, dependendo do tempo e dos recursos utilizados<sup>206</sup>.

Essa influência da ideologia “kassabista” ira se evidenciar novamente na lei que criou o Sistema Nacional de Previdência Social (SIMPAS). Nessa legislação, a AMB conseguiu um item que autorizava a cobrança de honorários a todos os previdenciários que utilizassem os serviços da rede contratada pelo INAMPS. O valor dessa cobrança seria variável em função do benefício oferecido e do nível de renda de cada paciente.

O Congresso Nacional aceitou às intenções da então diretoria da AMB incorporando ao texto da lei sua pretensão. Desde então, até o término de seu último mandato em 1981, os Kassabistas lutaram para que se ultimassem a regulamentação e a implementação desta cobrança de complementação financeira ao previdenciário atendido nos serviços contratados argumentando que esta medida elevaria a qualidade da assistência, ao mesmo tempo em que melhoraria a remuneração dos profissionais médicos (CAMPOS, 1986, p. 82)

---

<sup>205</sup> O médico Pedro Kassab foi presidente da Associação Médica Brasileira – AMB entre 1969 e 1981. Seu nome é frequentemente associado a uma defesa da medicina nos moldes clássicos, ou seja, em consultório, sem a intermediação do Estado ou entidades privadas.

<sup>206</sup> O Sistema de Unidade de Serviço levava em consideração “para cada conta, quanto de esparadrapo tinha sido usado, quanto de medicamento tinha sido usado” num universo de “alguns milhões de papéis nas contas em cada Estado da Federação”, o que tornava a auditoria das contas hospitalares de difícil acompanhamento (FONSECA, 2004).

A cobrança de parte dos serviços diretamente do paciente previdenciário, chamada de “taxa moderadora”, parecia oportuna também “a restritos setores de tecnocratas da Previdência Social, em face da exaustão de recursos financeiros” da entidade. (MELLO, 1977, p. 239). A legislação, entretanto, nunca chegou a ser regulamentada.

Independente da regulamentação ou não da “taxa moderadora”, que nada mais era do que uma forma de permitir que a profissão médica mantivesse sua autonomia e cobrasse do paciente seus honorários dentro da forma tradicional feita no consultório, as cobranças de fato continuaram. Extra oficialmente, os chamados pagamentos “por fora” continuaram a existir dentro do sistema previdenciário até sua extinção<sup>207</sup> e, aparentemente, depois dele e já dentro do Sistema Único de Saúde.

Segundo Campos, o “Kassabismo”, na sua defesa incondicional da prática liberal, acabou por se isolar de grandes parcelas da profissão médica, já que em alguns momentos sua corrente inclusive chegou a negar a possibilidade do profissional trabalhar sob o regime assalariado. Outro fator que levou o “Kassabismo” a perder apoio foram as disputas entre médicos e hospitais. Para Kassab, os hospitais privados, que prestavam serviços para a Previdência Social, seriam “aliados naturais” dos médicos. A corrente tinha uma certa incapacidade em entender os antagonismos que se estabeleciam entre os dois segmentos. Como por exemplo, na retenção ou não pagamento dos honorários médicos e outras questões que afetavam diretamente a prática de uma considerável parcela dos médicos no período (CAMPOS, 1986).

### **8.2.2. O Movimento de Renovação Médica – REME e o médico assalariado**

Os “Kassabistas”, no início da década de 80, foram substituídos pelo Movimento de Renovação Médica (REME) que, durante curto período (1981-1983), ocuparam a direção da Associação Médica Brasileira – AMB. O Movimento de Renovação Médica (REME) era ligado a uma tendência de esquerda e defendia a socialização dos serviços de saúde, a nacionalização da indústria farmacêutica, entre outras propostas<sup>208</sup>.

Se os “Kassabistas” idealizavam o modelo liberal como sendo a única forma aceitável de prática profissional, para o Movimento de Renovação Médica (REME), o médico liberal seria uma espécie em extinção e a prática ideal seria a atuação do profissional sob o regime de

---

<sup>207</sup> De um modo geral, os médicos no período defendiam o regime de tempo parcial acompanhado de pagamento adicional por unidade de serviço e com a possibilidade de atendimento da clientela particular nos hospitais públicos (MELLO, 1977).

<sup>208</sup> Pode-se dizer que o REME extrai parte do seu ideário da chamada “corrente estatizante” (CAMPOS, 1986).

assalariamento. O médico seria mais um “operário”, um assalariado; o autônomo seria mais um assalariado “em disfarce” (a corrente dizia que o autônomo era vítima das empresas de seguro saúde e das indústrias que se utilizariam dessa modalidade de contratação para fugirem da legislação trabalhista). Nessas duas formas de inserção se encontravam cerca de 70% dos médicos no período (CAMPOS, 1986).

Na direção da Associação Médica Brasileira – AMB, o Movimento de Renovação Médica – REME “desenvolveu críticas demolidoras ao sistema de pagamento por US” [Unidade de Serviço]. Na prática, procurou defender e, se possível, aperfeiçoar o sistema, “sem que se alterasse o regime de pagamento” (CAMPOS, 1986, p. 211).

No nível discursivo, o Movimento de Renovação Médica defendia a necessidade de se assegurar atendimento universal à população, necessidade essa que seria assegurada somente por meio da intervenção do Estado. O modelo proposto assumia, em seus traços mais gerais, a velha proposta de organização de serviços de saúde originária da Organização Mundial de Saúde e dos grupos estatizantes ligados a partes da burocracia da Saúde e da Previdência. (CAMPOS, 1986)

Entretanto, quando à frente da Associação Médica Brasileira – AMB, representantes do REME modificaram significativamente essa opção:

O REME estava sempre preso a um conflito hamletiano: "ser ou não ser pela socialização da medicina?". Todos os indícios e evidências levariam a uma resposta afirmativa para esta questão, que nunca foi explicitamente respondida, desenvolvida e defendida. Ao contrário, quando "acusado" de ser estatizante, com diferentes ênfases, mas sempre estatizante, sistematicamente a negava, sob pretextos do tipo: “estatização ou privatização, falso dilema, a questão é a democratização dos serviços de saúde”, ou então, “discutir estatização é ideologizar a polêmica, vamos discutir saídas para a crise”, e outras da linha. Daí a categoria explicativa da “síndrome de São Pedro”, próprio daqueles que negam os fundamentos de seu pensamento, guia real de sua ação (CAMPOS, 1986, p. 227).

No início da década de 80, período no qual o Movimento de Renovação Médica (REME) consegue um relativo sucesso eleitoral, as duas principais ações do Estado no setor eram o Plano CONASP e o PREV-SAÚDE. As propostas desses planos, em linhas gerais, guardavam uma congruência com as proposições programáticas do REME, mas não com o conjunto da profissão. O REME tentou se equilibrar entre as duas correntes, reconhecendo o “mérito” das propostas, mas ao mesmo tempo não demonstrando um desacordo em relação à forma como estavam sendo implementadas as políticas.

Assim, frente a um conteúdo programático que pregava a estatização do setor, mas diante do fraco apoio conseguido entre os médicos, já que apenas uma pequena parcela estava ligada a uma posição exclusiva de assalariamento, o Movimento de Renovação Médica

(REME) buscou adequar seu conteúdo programático e atender simultaneamente aos múltiplos interesses da profissão. O interesse que o REME procurava defender era o do médico assalariado, mas essa não era a única forma de inserção no mercado. Se os médicos, “enquanto assalariados, tendiam a se identificar com os trabalhadores em vários campos”, por sua vez, “enquanto produtores autônomos de serviços de saúde, tinham um vasto campo de acordo com setores do capital, como quando lutavam com os hospitais privados, contra a política do INAMPS de contenção de gastos e defendendo o sistema de US” (CAMPOS, 1986, p. 213).

Além disso, mesmo aqueles profissionais sob o regime exclusivo de assalariamento em empresas médicas, consideravam essa situação como provisória, que seria substituída na primeira oportunidade por um emprego público ou em hospitais privados. Esse tipo de estratégia de inserção profissional parecia ser preferível ao assalariamento. A estratégia diante da queda no valor real dos salários durante os anos 70 não foi a luta por melhores salários. A resposta dos médicos foi a redução da jornada de trabalho, trabalhando algo em torno de 50% do tempo estipulado, sendo que essa forma de auto-defesa “foi tolerada enquanto perdurou a política de saúde que priorizava o setor privado” (CAMPOS, 1986, p. 169).

Entretanto, quando, em resposta à crise financeira do período, a Previdência passou a exigir mais produtividade de seus serviços e cumprimento do horário, rompeu-se o “acordo de cavalheiros” e surgiram novas crises entre Estado e médicos. A resposta do sindicato ligado ao Movimento de Renovação Médica (REME) foi condenar essas medidas de controle pois, segundo o sindicato, o Estado ainda não teria resolvido a “a questão salarial do médico funcionário” e, portanto, não poderia “exigir muito” (CAMPOS, 1986, p. 172).

Porém, isso não impediu que nas disputas eleitorais com outras correntes o REME fosse associado pelos seus opositores como defensores da estatização da medicina ou de cooptação pelo governo, representado nesse caso pela administração central do INAMPS.

O Movimento de Renovação Médica (REME), durante o curto período em que ocupou a direção da AMB ou à frente de outras entidades associativas, nunca chegou a apoiar as iniciativas do Estado para o setor. Embora concordassem com o diagnóstico dos planos, discordavam da proposta do governo. Nunca defenderam explicitamente a estatização do setor nem conseguiram criar uma base mais ampla de apoio que ultrapassasse o estrato que trabalhava sob regime assalariado. Tanto mais porque a maior parte daqueles médicos também possuía outras formas de inserção no setor.

### **8.2.3. O médico e a “corrente neoliberal”: uma posição pluralista para uma inserção pluralista**

Já na metade dos anos 80, ao não conseguir articular coerentemente os interesses dos médicos, a corrente do REME foi substituída por outra, que passou a articular, no seu discurso e na prática, a diversidade de inserção do médico no mercado de trabalho. A principal liderança a se opor às idéias do REME foi Nelson Proença. Ele construiu sua base de apoio a partir da Associação Paulista de Medicina (APM) e, com o apoio dos médicos do interior do estado de São Paulo, cresceu em direção à capital. Esse corrente foi denominada por Campos de “neoliberal<sup>209</sup>”, já que combinava um discurso com propostas que mesclavam parte do velho ideário liberal e também parte das propostas do Movimento de Renovação Médica – REME:

Em outros estados da federação a influência dessa corrente era variável. No Rio de Janeiro eram quase que inexistentes, no Rio Grande do Sul sempre foram majoritários, saltando diretamente do Kassabismo ao Neoliberalismo, sem que o REME conquistasse posições no estado. (...) Como alternativa à socialização de todos os serviços de saúde e ao empresariamento capitalista que transformaria a maioria dos médicos em assalariados, imaginavam uma terceira via, que combina a propriedade privada, exercício autônomo e intervenção do Estado (CAMPOS, 1986, p. 256-71).

A saúde, na visão do grupo neoliberal, deveria ser constituída por vários segmentos, cada um vinculado a um diferente estrato populacional. Uma rede pública em nível federal, estadual e municipal atenderia à população carente, preferencialmente por meio da rede sem finalidades lucrativas, como as Santas Casas. Uma rede privada constituída de cooperativas e consultórios médicos credenciados e, finalmente, os hospitais privados contratados. Esse modelo de assistência médica procurava criar um complexo de prestação de serviços que se constituiria naquilo que a corrente chamava de “modelo pluralista” (CAMPOS, 1986).

Assim como os representantes do REME, a “corrente neoliberal” se opôs às iniciativas estatais para o setor saúde originadas do Plano CONASP. No período, um dos principais desdobramentos do Plano eram as Ações Integradas de Saúde (AIS). As Ações Integradas de Saúde (AIS) e seu sucessor, o SUDS, seguiam um modelo semelhante de intervenção do Estado no setor saúde. Os recursos do INAMPS foram descentralizados em direção aos estados e municípios para que esses os aplicassem em assistência médica individual e em ações preventivas, sem distinção entre contribuinte previdenciário e população em geral.

---

<sup>209</sup> A utilização da palavra “neoliberal” perdeu muito de seu significado, tendo em vista o excessivo uso do termo ao longo da década de 90. No entanto, parece que a utilização nesse caso guarda uma correspondência bastante grande com a realidade do fenômeno.

Em relação a esses tipos de iniciativa, em vários momentos, a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Associação Médica Paulista (AMP) se manifestaram contrariamente à utilização desses recursos da Previdência para atender à população em geral. Segundo a interpretação dessas entidades, os recursos deveriam ser utilizados somente em favor do grupo que os gerou, ou seja, os contribuintes da Previdência Social (CAMPOS, 1986).

A análise dos grupos que se revezaram à frente da Associação Médica Brasileira (AMB) e suas reações às iniciativas do Estado para o setor saúde entre 1963 a 1987 foi de que, apesar da existência de canais de negociação entre a corporação e a burocracia, inexistiu qualquer coalizão capaz de conduzir a uma política de concertação que viabilizasse as políticas estatais para o setor.

As políticas patrocinadas pela corrente “kassabista” à frente da Associação durante mais de 10 anos sempre foram de buscar que o Estado viabilizasse o exercício liberal da medicina, nos moldes do que teria existido no período anterior à unificação da Previdência. O Plano Leonel Miranda, se implementado, teria conduzido a uma ampliação do mercado de trabalho para os médicos dentro dos padrões tradicionais aceitos pela corporação. Entretanto, foi abortado, seja porque contrariava a uma orientação das políticas propostas por parte da burocracia do Estado, seja pela inviabilidade financeira de expansão do setor saúde nos moldes pretendidos pelos “kassabistas”.

A “ideologia kassabista” não encontrava mais uma correspondência com a realidade do mercado de trabalho médico, ou seja, o modelo de exercício profissional proposto pela corrente não correspondia mais às forças concretas de inserção do profissional no mercado de trabalho.

A “ideologia” do Movimento de Renovação Médica (REME), por sua vez, também não guardava relação com as formas de inserção do médico no mercado de trabalho. A condição de assalariado correspondia a grandes parcelas da profissão, porém nunca foi a forma exclusiva de inserção desse profissional no mercado de saúde. O médico, trabalhando no setor público ou privado, sempre obteve o direito de conservar sua atuação no setor privado. Assim, o emprego assalariado sempre foi complementado por outras formas de geração de renda paralelas. O multiemprego, interpretado por alguns sociólogos como uma resposta ao processo de proletarização da profissão, não é um fenômeno recente, mas uma estratégia para manter sua posição de pequeno produtor dentro de setor. Assim, à frente da Associação Médica Brasileira (AMB), o REME teve que se adaptar para tentar representar essa multiplicidade de interesses da profissão, mesmo que isso significasse abdicar de suas propostas para o setor.

A “ideologia” do Movimento de Renovação Médica (REME) não encontrava uma correspondência com as formas de inserção do médico no mercado de trabalho e muito menos era uma classificação que despertava grande entusiasmo frente a parcelas expressivas da profissão. “Assalariado” ou “trabalhador da saúde” são classificações muito menos atrativas do que “médico”. Além disso, a classificação do médico como “trabalhador da saúde” demanda uma desconstrução da “identidade profissional” em nome de um conjunto mais amplo e indefinido de outras profissões e que, muitas vezes, competem com a profissão médica em busca de espaço no setor saúde.

O episódio do Movimento de Renovação Médica (REME) é muito semelhante ao que ocorreu no caso do sindicalismo rural na França, que também se orientava por um discurso que utilizava elementos marxistas. Parte dos sindicatos representava os agricultores como “trabalhadores rurais”. Essa representação nunca conseguiu uma grande penetração entre os agricultores, que sempre foram minoritários:

Diremos simplesmente que os sindicatos agrícolas minoritários não foram capazes de propor uma concepção da profissão de agricultor e do papel da agricultura na sociedade, suficientemente atrativas para aqueles que são as vítimas da modernização agrícola. Frente à imagem do “trabalhador da terra”, que é sempre associada àquela do “proletário”, a imagem de “chefe de empresa agrícola” permanece infinitamente mais atrativa, mesmo se ela não corresponda na realidade que a uma minoria<sup>210</sup> (JOBERT; MULLER, 1987, p. 99, nossa tradução).

Ao que parece, a “corrente neoliberal” se firmou como o grupo que conseguiu com maior sucesso construir essa representação, já que foi capaz de articular os diferentes interesses do médico e, ao que tudo indica, ela ainda é a corrente dominante dentro da Associação Médica Brasileira (AMB)<sup>211</sup>.

Segundo Campos, em 1986, ano da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, e dois anos antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), 50% dos procedimentos médicos eram realizados por médicos trabalhando de forma autônoma ou liberal. O autor ainda levantava a hipótese de que “a tendência principal do movimento dos médicos”, não

---

<sup>210</sup> “Précisons simplement que les syndicats agricoles minoritaires n’ont pas été en mesure de proposer une conception du métier d’agriculteur et du rôle de l’agriculture dans la société suffisamment attractive pour ceux qui sont les victimes de la modernisation agricole. Face à l’image du ‘travailleur de la terre’ qui est toujours assimilée à celle du ‘prolétaire’, l’image du ‘chef d’entreprise agricole’ reste infiniment plus attractive, même si elle ne correspond dans la réalité qu’à une minorité” (JOBERT; MULLER, 1987, p. 99).

<sup>211</sup> A chamada corrente neoliberal, representada pelo médico Nelson Proença, ocupou a AMB de 1983 até 1987. Aparentemente, a direção da AMB, depois de Proença, seguiu uma estratégia muito semelhante na defesa dos interesses dos médicos. Pelo menos, é o que se pode ver no resumo das principais realizações de cada um dos diretores que estiveram à frente da Associação depois da gestão de Nelson Proença (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2006).

obstante a extensão do assalariamento e outras formas de inserção, era de se “opor a projetos de socialização ou de estatização dos serviços de saúde” (CAMPOS, 1986, p. 329).

Entretanto, em 1988, dois anos após, foi aprovado o Sistema Único de Saúde (SUS), aparentemente segundo alguns autores, com um expressivo apoio dos médicos. Esse processo foi acompanhado pelo aumento das formas “precárias” de inserção desse segmento e outros profissionais de saúde no mercado de trabalho, como já foi visto no capítulo anterior.

#### **8.2.4. A reação da corporação médica às ações do Estado no setor saúde entre 1987-2004**

É comum comentar que ocorreu uma “precarização” das relações de trabalho no setor saúde a partir da década de 90. Entretanto, essa “precarização” aconteceu segundo diferentes graus de sujeição dos envolvidos, de acordo com os recursos financeiros e legais à disposição de cada grupo.

Existiram diversas formas de inserção nesses novos arranjos no setor. No caso das profissões, essa inserção assumiu uma conformação diferenciada, já que essas com prerrogativas de auto-regulação controlavam importantes aspectos de seu mercado de trabalho, caso da enfermagem, odontologia e medicina. (GIRARDI; CARVALHO, 2002).

Se de um lado existem as contratações por meio das agências de empregos e dos vínculos de trabalho temporários, por outro ocorre também uma “terceirização via subcontratação de pequenas empresas de profissionais liberais, cooperativas de profissionais organizados em rede” e onde “os participantes são cotistas, co-proprietários ou parceiros” (GIRARDI; CARVALHO; GIRARDI JR, 2004, p. 4). Assim, há uma “afinidade eletiva” entre a nova configuração do setor saúde e certos grupos profissionais como os médicos:

Do ponto de vista da “cultura” da profissão médica – se é que é pertinente o uso da expressão - esse tipo de evolução, ou seja, a proliferação dessas sociedades médicas quase-empresariais ou semi-autônomas pareceria preferível pelo menos à condição salarial (GIRARDI; CARVALHO; GIRARDI JR, 2004, p. 45).

De maneira semelhante, Bahia assinala também que essa “cultura profissional” teria “imposto limites precisos à expansão das diversas formas de empresariamento da assistência médica”. Ou seja, não se trata de uma imbricação entre os setores público e privado, mas entre a própria profissão médica, que atua simultaneamente nos dois segmentos. Se de um lado o Sistema Único de Saúde – SUS credencia ou financia uma grande parte da rede privada no País, de outro, nada impede que “a imensa maioria dos médicos seja a um só tempo integrante do corpo clínico de um estabelecimento público de saúde” e trabalhe em um hospital privado,

seja “credenciado por empresas de planos e seguros” e atenda sua clientela particular (BAHIA, 1999, p.60).

O Sistema Único de Saúde (SUS), além disso, é responsável por cerca de 61% dos leitos privados (e 86% de todos os leitos do Brasil) e também cobre os riscos dos planos de saúde privados que, apesar da legislação de 1998, conseguem ainda descarregar parte dos seus custos no setor público.

A transferência de recursos e responsabilidade para o município não parece ter alterado significativamente essa prática. Se antes do Sistema Único de Saúde –SUS já existia uma forma legal de exclusão de parte dos grandes riscos (doenças graves, transplantes, etc), nesse novo cenário descentralizado, a possibilidade de exclusão ou transferência se acelera mais ainda, já que nas pequenas cidades não é tão fácil distinguir os dois setores como em uma cidade como São Paulo.

O grau de imbricamento dos serviços de saúde para o atendimento dos clientes de planos e seguros saúde e do SUS é muito maior nas pequenas e médias cidades do que nas grandes metrópoles, especialmente São Paulo, onde é possível discernir redes diferenciadas em torno das operadoras de planos e seguros saúde (BAHIA, 1999, p.61)

Seria repetitivo refazer as análises que mostram a grande dependência do setor privado em relação ao público, apesar da menor participação desse último no gasto direto. Essa dependência aparece nas isenções tributárias para os clientes de um plano privado, na cobertura dos grandes riscos que envolvem esse tipo empreendimento, etc.

Uma face pouco esclarecida nessa questão é a atuação do médico nesse processo. Se existe esse imbricamento estrutural entre público e privado é porque no cotidiano dessas instituições é possível fazer esse intercâmbio entre os dois setores:

[...] essa seleção se efetiva através de sutis estratégias utilizadas para a discriminação dos riscos “públicos” relativamente aos “privados”. O mesmo médico ou hospital pode selecionar riscos mais graves ou considerados de saúde pública entre os demandantes do SUS e atender casos de menor risco seu consultório ou na ala reservada para os convênios com planos e seguros do hospital. O total imbricamento da oferta de serviços para as operadoras de planos e seguros e para o SUS, ao lado da cristalina diferença entre a “melhor qualidade” do atendimento do privado sobre o público, atende a interesses dos profissionais e estabelecimentos de saúde que conseguem organizar uma base ambulatorial especializada em pequenos riscos e um acesso e acomodações hospitalares diferenciadas para os clientes de planos e seguros e ao mesmo tempo usufruir das possibilidades de treinamento e aperfeiçoamento profissional, que na maior parte dos estados brasileiros é realizada fundamentalmente em instituições públicas e dos valores relativamente mais altos das tabelas de remuneração do SUS para procedimentos complexos (BAHIA, 1999, p. [336?]).

Essa intermediação feita pelo médico entre os dois setores é resultado de sua posição dentro da estrutura do setor, aproximadamente 70% dos procedimentos executados num hospital dependem de autorização específica. Por sua vez, a dupla inserção do profissional, de certa forma, facilita esse intercâmbio dos pacientes entre os dois setores. Essa interseção híbrida tem sido mantida ao longo do período estudado. A “dupla militância”, entretanto, não é fenômeno novo, como já vimos e se trata de uma prática que vem desde os tempos dos Institutos de Pensão e que continuou durante a década de 70 e 80. Roemer (1991), por exemplo, com base em informações de 1982, mostrava que o multiemprego, o cumprimento parcial da jornada de trabalho contratual e a prática de atrair a clientela do serviço público para o privado era costumeira entre os profissionais médicos. As novas tendências do trabalho nos anos 90 teriam aumentado esse imbricamento entre os médicos, o setor público e setor privado, já que o setor saúde, apesar do referencial universalista previsto na Constituição Federal de 1988, manteve o modelo residual do período anterior. Se o modelo constitucional apontava para uma organização da saúde na qual o Estado seria um dos principais intermediadores no setor, o que se viu foi um aumento da participação privada, com o crescimento do desembolso direto do consumidor e da intermediação dos planos privados.

A criação das agências reguladoras é um dos exemplos dessa política. A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, criada em janeiro de 2000 e vinculada ao Ministério da Saúde, buscava regular e controlar os planos de saúde privados que tinham tido um crescimento expressivo na década de 90. Por sua vez, a criação dessa Agência resultou não somente das diversas denúncias à imprensa sobre a precária relação entre usuários e empresas do setor, mas também parece ter sido uma consequência lógica do processo de focalização das políticas sociais, que contou com um amplo apoio do Banco Mundial.

A tendência à focalização não será alterada mesmo após 2003, já que em 2004 o Ministério do Planejamento iniciou um processo de regulação dos planos dos servidores federais, que nunca tinham deixado de existir nas três esferas federativas. Entre as medidas está um subsídio específico para a aquisição de planos privados. No caso, se organiza e se fortalece um ramo específico desse mercado privado, o mercado de saúde dos servidores públicos com incentivos específicos para esse grupo profissional. Entre os servidores a continuarem com um plano específico estão os do Ministério da Saúde (BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2004).

### **8.3. A profissão médica e os limites para a intervenção do Estado (1988-2004)**

Até o início da década de 80, a corrente “kassabista” conseguiu se manter à frente da Associação Médica Brasileira – AMB - seja pela legitimidade perante os membros, seja pela capacidade de articulação política e ligações com o regime militar – e influenciar consideravelmente as políticas do período. Dificilmente, nos dias de hoje, algum representante dos médicos defenderia, pelo menos abertamente, as propostas de Kassab.

As manifestações de apoio ao Sistema Público de Saúde – SUS e de mais verbas para a saúde pública são uma constante nas declarações das entidades médicas. Em 1998, o Conselho Federal de Medicina lançou um manifesto em favor do SUS. De acordo com o manifesto:

Trazemos agora à sociedade brasileira, às autoridades do Executivo, do Legislativo e do Judiciário, às demais entidades médicas e de profissionais de saúde, o resultado desse amplo processo de discussões, consubstanciado na presente declaração de princípios e no documento que a acompanha. Declaramos assim nossa adesão irrestrita às seguintes diretrizes doutrinárias e operacionais referentes às mudanças que devem ser realizadas: (...) Defendemos intransigentemente o SUS - Sistema Único de Saúde nos seus termos essenciais, como estão na Constituição Federal de 1988: universalidade, integralidade, equidade, relevância pública, participação social e descentralização. (...) Manifestamos, acima de tudo, nosso compromisso de médicos com a luta pela cidadania, exigindo, sob a égide do princípio essencial da Defesa da Vida, a implementação do Sistema Único de Saúde nos termos determinados pela Constituição Federal de 1988 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1998).

Todas as declarações da maior parte das associações, conselhos, sindicatos são de um apoio quase incondicional ao Sistema Único de Saúde – SUS. Não parece existir uma oposição sistemática por parte das entidades médicas durante o processo de criação e implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, pelo menos em nível do discurso. As objeções ao novo sistema dizia respeito à extensão da ação do Estado no setor.

Ao observar o comportamento das entidades médicas a partir da década de 90, percebe-se que a maioria das entidades passou a defender o Sistema Único de Saúde – SUS. Assim, haveria uma aceitação crescente do papel do Estado, não concretizado devido a uma série de fatores externos à profissão médica: globalização, neoliberalismo, interesses das grandes corporações industriais e das operadoras de saúde, etc.

De outra forma, desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, os médicos e outras categorias profissionais passaram a propor uma série de medidas para reorganizar o mercado de trabalho. Entre elas se defendia a admissão por concurso público, estabilidade no emprego, direito à greve e sindicalização, incentivo à dedicação exclusiva, entre outras propostas.

Em 1992, por ocasião da IX Conferência, as discussões nessa área são pautadas pela regulação das normas infraconstitucionais, o que envolvia a Lei n. 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e Lei 8.112/90 (Regime Jurídico Único do Funcionalismo). Defendia-se no período a implementação do regime jurídico único em cada esfera federativa e a definição de uma política de capacitação e formação de recursos humanos. Durante a década de 90, resultado da instituição da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde, cria-se a Norma Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde - SUS (NOB/RH-SUS), que desde então foi utilizada pelos sindicatos e outras entidades associativas como referência para as discussões nas políticas de recursos humanos no Sistema Único de Saúde. Nas Conferências seguintes sempre se reafirmou a necessidade de se implementar um Plano de Carreira para todo o Sistema (BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2006).

Uma observação preliminar da questão poderia nos levaria a pensar que não existe antagonismo entre as políticas oficiais de saúde e corporação médica. Pelo contrário, os discursos, com algumas exceções, seriam favoráveis à expansão do Estado, do fortalecimento do Sistema Único de Saúde – SUS e a criação de uma carreira de Estado.

Não haveria também uma dificuldade em o médico aceitar posições assalariadas, desde que fossem remunerados adequadamente<sup>212</sup>. As diversas conjunturas econômicas e ideológicas fizeram com que o referido plano de cargos e salários nunca fosse implementado.

A não implantação de um plano de carreira seria responsável pelas dificuldades enfrentadas pelos gestores municipais em implementar as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Um estudo, conduzido em 2001 com gestores municipais de saúde, na sua maioria de municípios de pequeno e médio porte, mostrava que “100% dos gestores consideram o médico como o principal responsável pela baixa qualidade de atenção clínica”. Para os gestores, os médicos não cumpriram o “horário de atendimento”, não produziram “resolutividade nas consultas” e também provocariam “incremento do custo assistencial” ao solicitarem exames de alto custo “sem um adequado e completo exame dos pacientes” (BECH et al., 2002, p. 9).

Entre as causas, para essa situação, na maioria dos gestores, estaria “à má preparação fornecida pela maioria das escolas de medicina” (BECH et al., 2002, p. 9).

---

<sup>212</sup> Como não existe nenhuma maneira objetiva ou científica para determinar o quanto seria uma “remuneração adequada”, tudo leva a crer que ela deveria reproduzir as expectativas da corporação em relação à posição ocupada pelo grupo no passado recente. A avaliação feita pelas entidades médicas de que o nível de remuneração adequado para os médicos deveria ser próximo ao que recebe um juiz parece confirmar essa tendência de avaliar o valor do título tendo em vista o passado da profissão.

Os autores sugerem que os problemas seriam consequência da ausência de uma estrutura adequada de recursos humanos, já que em 2/3 dos, “municípios restantes, o médico trabalha segundo o modelo dominante, como um profissional ‘liberal’ e isolado dos outros integrantes da equipe de saúde”. Nesses municípios, o médico trabalha em período de tempo parcial, 4 horas, e deve atender um número de pelo menos “número de 16 consultas/dia” (BECH et al., 2002, p. 11).

Na opinião dos autores, na ausência de uma política de recursos humanos segundo os parâmetros propostos na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde (NOB-RH –SUS), poderia solucionar um grande parte desses conflitos (BECH et al., 2002).

Os resultados obtidos na pesquisa devem ser encarados com reserva, já que estão limitados a apenas 50 municípios de uma região específica, num universo de mais de 5 mil municípios. Entretanto, se acredita que a pesquisa retrate bem a forma como se organiza o Sistema Único de Saúde nos pequenos municípios. Como cerca de 90% dos municípios tem até 50 mil habitantes e podem ser classificados como de pequeno porte, se acredita que a pesquisa retrate bem a forma como se estrutura o trabalho dos médicos em outros municípios do país.

De qualquer modo a pesquisa não deixa também de reproduzir a idéia de que uma correta organização das leis da saúde resolveria os impasses no setor. As conjunturas econômicas e políticas da década de noventa, as estruturas econômicas e sociais impediriam que se construísse um “plano de carreira ideal”, capaz de resolver os impasses entre gestores do sistema e o mediador das políticas, o médico.

### **8.3.1. O plano de carreira ideal da profissão médica: status diferenciado e horário especial de trabalho**

Em 2003, com a chegada do Partido dos Trabalhadores ao Governo Federal, cria-se uma secretaria exclusiva dentro do Ministério da Saúde para tratar das questões envolvendo as relações de trabalho e ensino no Sistema Único de Saúde – SUS. Como resultado das discussões iniciadas naquele período, foi criada, em 2004, a Comissão Especial para elaboração das diretrizes do PCCS-SUS e, depois de um período de discussão com os interessados (trabalhadores, gestores, etc.), chegou-se a um conjunto de diretrizes, depois aprovadas pela Comissão Intergestores Tripartite (que reúne os três entes federados) e pelo Conselho Nacional de Saúde, em novembro de 2006.

As diretrizes do PCCS-SUS não fazem qualquer referência à jornada de trabalho dos servidores públicos. Apesar de o assunto ter sido motivo de diversas discussões, não se chegou a nenhum acordo sobre o assunto. Como se sabe, a jornada de trabalho dos servidores estatutários é de 40 horas, salvo lei em contrário. Ao se criar uma “carreira de Estado”, portanto, teria-se que seguir essa determinação constitucional.

Nessas discussões, de uma maneira geral, os médicos defenderam um salário diferenciado dos demais profissionais de nível superior e uma jornada de trabalho também menor, 20 horas. Pode-se dizer também que a maioria das categorias profissionais buscava uma jornada de trabalho de 30 horas.

Na verdade, os médicos defendiam o que tinha sido garantido pelo costume nas décadas anteriores, ou por meio de legislações específicas. A Lei n. 8.112/90 nada mencionava sobre a jornada de trabalho dos médicos. Entretanto, em 1997, a Lei n. 9.436 estipulou que as categorias de médico de saúde pública, médico do trabalho e médicos veterinários cumpririam uma jornada de trabalho de 20 (vinte) horas semanais, podendo optar por duas jornadas de 20 horas.

A defesa dessa jornada diferenciada é uma pauta antiga da profissão médica e qualquer legislação no passado que contrariasse essa reivindicação dificilmente são cumpridas. Nem mesmo o exército, modelo por excelência de uma organização burocrática, permite de uma forma não-oficial a dupla jornada dos profissionais dentro da instituição.

A posição dos médicos durante a discussão parece bem clara em diversas manifestações. Deveria se criar uma carreira especial para a categoria.

A principal reivindicação da Associação Médica Brasileira, do Conselho Federal de Medicina e da Federação Nacional dos Médicos é um plano diferenciado para a classe, contemplando remuneração especial para os médicos que atuam em fins de semana, plantões e em municípios afastados dos grandes centros, por exemplo. (...) "Nada mais justo que a complexidade do ato médico, a responsabilidade do profissional nas equipes e o tempo de formação no curso de medicina sejam levados em conta", pondera (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA DO AMAPÁ, 2006).

Durante as discussões, as associações manifestaram sua contrariedade à criação de uma carreira única para todos as profissões da saúde.

Não podemos aceitar que se trate como iguais os diferentes. Um médico com 12 anos de formação não pode ser equiparado a profissionais que despenderam muito menos tempo e investimento para a sua formação. Por este motivo, estamos defendendo a criação de uma carreira de estado para os médicos a partir do PCCS-SUS. Alertamos, ainda, os colegas para que se atentem à questão do financiamento do SUS. Entendemos que o Estado deve assumir a saúde da população como efetiva política social, distanciando-se das políticas de obtenção de superávits fiscais com o único objetivo de pagar os juros das dívidas interna e externa (ASSOCIAÇÃO

Finalmente, além de uma carreira diferenciada a profissão deveria também ter um horário de trabalho diferente. Durante as discussões, a Federação Nacional dos Médicos, a Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina, em carta aberta, manifestaram seu descontentamento com propostas que poderiam modificar a jornada de trabalho do médico de 20 para 40 horas.

Discordamos, ainda, da inscrição no texto da proposta de uma jornada de trabalho de 40 horas semanais. A jornada de trabalho de 20 horas semanais já é um direito legal da nossa categoria em todo país. Ao mesmo tempo, defendemos a redução da jornada semanal para 30 horas de todos os profissionais e trabalhadores integrantes do sistema (FENAM, 2005).

Desde a IX Conferência Nacional de Saúde a corporação médica já vinha defendendo um Plano de Cargos, Carreiras e Salários, a valorização da dedicação exclusiva. Nesses fóruns, o Conselho Federal de Medicina defendia a garantia de remuneração condigna e um “estímulo ao tempo integral”. Existia, entretanto, uma diferença nos encaminhamentos das propostas. Os profissionais organizados representados pela CUT defendendo 30 horas e os usuários, representados pelo PT, defendendo 40 horas de trabalho médico no setor público (GERSCHMAN, 1995)

Nas discussões em torno do Plano de Carreira, em 2004, todas as categorias profissionais da saúde defenderam um regime de trabalho diferenciado. Enfermeiras, por exemplo, apoiavam uma jornada de 30 horas, médicos de 20, etc. A redução da jornada de trabalho tem como alegação principal as características do trabalho em saúde. Entretanto, ao que tudo indica, esse horário diferenciado busca preservar a inserção dos profissionais de saúde nos dois setores simultaneamente. Nogueira, em 1986, já alertava que a acumulação de múltiplos postos de trabalho seria uma situação de difícil reversão, tendo em vista as oportunidades abertas dentro do setor privado:

As oportunidades variadas, proporcionadas pela demanda pública e privada, fazem com que a dedicação, em tempo integral, possa ser fraudada nas circunstâncias habituais, a não ser que houvesse um reajuste global das relações de trabalho, entre todas instituições públicas e privadas, o que requereria um planejamento global da inserção, no mercado de trabalho (NOGUEIRA, 1987, p. 339).

Assim, a aceitação de um emprego público é condicionada à preservação da possibilidade de o médico ter mais de um vínculo de trabalho, seja ele no setor público ou privado, um horário de trabalho que permitisse ao profissional atuar em mais de um emprego

e um salário diferenciado em relação às demais categorias de nível superior. Ou seja, deveria reproduzir a posição que o médico ocupa hoje dentro do setor saúde.

### **8.3.2. O Sistema Único de Saúde –SUS nos 90 e a profissão médica: “ideologia profissional” e arranjos institucionais entre público e privado**

Como vimos no capítulo 5, no Canadá, as tentativas de British Columbia, na década de 30 e *Saskatchewan*, na década de 60 em estabelecer uma rede pública de saúde sofreram uma forte oposição dos médicos. Essa reação tinha origem tanto em questões “ideológicas” quanto financeiras. Se por um lado, a intervenção estatal no setor, na época, era vista como uma ameaça à “livre empresa” e um primeiro passo rumo ao socialismo, por outro, o estabelecimento de um atendimento médico “gratuito” tinha reflexos na forma como era exercida tradicionalmente a medicina. E, mais importante, representava uma limitação na forma tradicional de o médico determinar seus honorários de acordo com sua percepção da capacidade de pagamento do cliente.

As propostas da profissão limitavam a ação do Estado a um “teto” de renda, ou seja, somente uma parcela da população teria direito à assistência pública. Isso manteria um mercado privado, no qual a profissão poderia continuar a cobrar de acordo com a renda do cliente. Assim, a profissão no Canadá não era contra a intervenção do Estado, mas sim contra uma intervenção que não fizesse distinção entre os níveis de riqueza da população. Deveria haver uma intermediação levando em conta a habilidade do cidadão em pagar. A saúde deveria ser para todos, mas alguns deveriam pagar por ela. Assim, o modelo de saúde defendido pela profissão, ao mesmo tempo em que admite a intervenção do Estado, defende um limite a essa intervenção.

No caso do Brasil, os médicos não são contra a intervenção do Estado no setor e muito menos contra a criação de uma carreira de Estado para a profissão, contanto que eles possam continuar sua prática privada.

Como tantas vezes foi lembrado desde a década de 60 por Roemer (1962), o método de pagamento pelos serviços do médico influencia o resultado do setor saúde como um todo. Basta lembrar todas as críticas feitas, por exemplo, por Carlos Gentile de Mello sobre o sistema de pagamento predominante na década de 70 para demonstrar a força do argumento de Roemer<sup>213</sup>.

---

<sup>213</sup> “O sistema de pagamento por unidade de serviço representa, comprovadamente, em todos os lugares do mundo, fator incontrolável de corrupção, sendo responsável, entre outras irregularidades, pelo aumento

Mas não é somente o método de pagamento que influencia o resultado do sistema. A inserção do profissional também contribui para o desempenho do sistema como um todo.

O sistema de pagamento por Unidade por Serviço não existe mais. Entretanto, há uma grande parte do setor privado prestando serviços para o público, sendo remunerada com base na produção de serviços e, no meio dos dois setores, está o médico, que é responsável pela autorização de cerca de 70% de todas as solicitações de exames e outros procedimentos.

Essa inserção dupla do profissional, como não poderia deixar de ser, cria uma série de conflitos de interesses, embora a profissão não admita já que, segundo as entidades, a atuação do médico estaria baseada em uma ética que impediria esse tipo de comportamento. Essa possibilidade de conflito de interesses, embora não admitida pela profissão, que se opõe ao fim da possibilidade de o profissional possuir mais de um vínculo de trabalho, é reconhecida pela UNIMED quando institui a chamada “unimilitância”, que proíbe o médico de participar da Cooperativa e atender a planos de saúde privados.

Entretanto, ela existe. A dupla inserção do profissional, de certa forma, facilita esse intercâmbio dos pacientes entre os dois setores. Essa interseção híbrida tem sido mantida ao longo do período estudado. A “dupla militância”, entretanto, não é fenômeno novo, como já vimos, e se trata de uma prática que vem desde os tempos dos Institutos de Pensão. Roemer argumentava, em 1982, que esse tipo de múltipla inserção, além dos problemas de relacionamento com o paciente, traria também problemas éticos e organizacionais:

Mais importantes são os abusos que ocorrem quando o médico, trabalhando em um estabelecimento público (um hospital público, um consultório, ou num ambulatório), trabalha também em um estabelecimento privado. É sabido que esses médicos freqüentemente aconselham os pacientes no setor público para visitá-los mais tarde na sua clínica privada para “uma atenção maior e mais personalizada<sup>214</sup>” (ROEMER, 1991, p. 320, nossa tradução).

Para Roemer (1991, p. 24, nossa tradução), as múltiplas formas de inserção colaborariam para os baixos salários: “É claro que as dificuldades causadas pelas múltiplas

---

desnecessário das atividades cirúrgicas, como, por exemplo, a operação cesariana, cujos coeficientes já registram cifra de 60%” (MELLO, 1977, p. 171).

<sup>214</sup> “More important is the abuse that occurs when the doctor, working in a public clinic (a public hospital outpatient department or an ambulatory care center), also works in a private clinic. It is well-known that such doctors frequently advise public patients to visit them later at the private clinic for ‘better quality and more personal care’. (...). Of course, the difficulties caused by multiple medical positions ultimately result in the low salary levels in organized health programs of all types. (...) In the end, Brazilian medical incomes become relatively high-nine times the per capita GDP (gross domestic product), a higher ratio than that in most developed countries. (...) In any geographic region, public facilities are likely to be overcrowded, with long periods of waiting. This is aggravated by the widely recognized fact that physicians, who are customarily paid for a certain number of hours of work (2, 4, or 6 hours per day), seldom actually spend the designated time on the job” (ROEMER, 1991, p. 320-34).

inserções resultam, no final, em baixos salários em todos os programas de saúde existentes”. Entretanto, para o autor, a soma resultante desses diversos vínculos manteria um nível de renda dos médicos maior do que nos “países desenvolvidos”: “No final, os salários dos médicos são relativamente altos em nove vezes o valor per capita do PIB, um percentual mais alto que em muitos países desenvolvidos”, e também em baixa qualidade no setor público:

Em qualquer região do país, as instalações públicas são quase sempre lotadas, com longos períodos de espera. Isso é agravado pelo bem conhecido fato de que os médicos são costumeiramente pagos por um certo número de horas de trabalho (2,4 ou 6 horas por dia), mas raramente cumprem esse tempo designado (ROEMER, 1991, p. 334, nossa tradução).

Esse fenômeno não é algo característico apenas do Brasil mas, de acordo com a literatura, ocorre toda vez que existe essa dupla inserção do profissional. Por exemplo, “vários pesquisadores tem apontado como os [médicos] especialistas que trabalham em hospitais públicos podem ter um incentivo e manter longas filas de espera para pacientes públicos para aumentar a demanda em seus serviços privados<sup>215</sup>” (SICILIANI; HURST, 2005, p. 207, nossa tradução)

Mas não é somente isso. Na Inglaterra, alguns estudos mostram que “uma opção privada motiva os médicos a reduzir seu trabalho no setor público”, já que “alguns dos pacientes que eles não atendem no Serviço Nacional de Saúde [NHS] provavelmente se tornam uma fonte de renda para suas práticas privadas<sup>216</sup>” (IVERSEN, 1997, p. 394, nossa tradução).

Por esse motivo é que muitos países com um sistema de saúde público proíbem que o profissional atue simultaneamente no setor público e no privado. No Canadá, por exemplo, visando a evitar esse conflito de interesses, exige-se que o médico opte por um setor ou outro. Não existe a proibição da prática privada, apenas ela não pode ser mantida com um vínculo público. Com o requerimento, tenta-se evitar aquilo que é freqüentemente denominado de “*double dipping*”.

Algumas formas de intervenção estatal, como o Programa de Saúde da Família, por exemplo, contratam o médico para uma jornada de trabalho de 40 horas, o que cria um conflito com a profissão, já que limitaria essa “dupla inserção”. Isso pode ser visto nas

---

<sup>215</sup> “Several researchers have pointed out how specialists working for public hospitals may have an incentive to maintain long waiting times for public patients to boost the demand for their private practices” (SICILIANI; HURST, 2005, p. 207).

<sup>216</sup> “[...] a private option motivates the consultants to reduce their work effort in the public sector. Some of the patients they don't see in the national health service will probably turn up as income-generating patients in their private practice” (IVERSEN, 1997, p. 394).

discussões com o Ministério da Saúde em torno de um Plano de Carreira para o SUS, o PCCS-SUS<sup>217</sup>.

Assim, a forma de inserção do Estado a partir de 1988, ao preservar o mercado privado e também as formas tradicionais da profissão médica não impediu a continuidade dos arranjos existentes entre a profissão e o Estado. A profissão, dentro dos limites impostos pela realidade econômica do país, é livre para perseguir um nível de renda desejado. Dessa forma se pode entender todas as declarações de apoio ao Sistema Único de Saúde (SUS). Ele não é uma ameaça à profissão, é antes uma forma de complementação de renda. A ação do Estado seria uma ameaça se avançasse sobre as classes que hoje não são cobertas pelo setor público. Como o Estado basicamente atua nas duas pontas do setor saúde, ele serve mais como um complemento à renda e as formas de inserção da profissão e não é uma ameaça, como acontece em outros países.

#### **8.4. Sobre leitos hospitalares e médicos**

Não há recursos no mundo suficientes para o pagamento de todo o serviço médico que se presta na clínica liberal, se o quiséssemos estender, com as mesmas qualidades, a todos os indivíduos e suas famílias (ROSA BORGES, 1951).

No período estudado, a posição das entidades médicas frente à ação estatal não mudou tanto assim e nem é tão diferente do caso canadense. Sob determinadas condições, essa intervenção é bem vinda, mas, ela deveria ficar restrita a um determinado estrato populacional, de menor renda. Os outros deveriam pagar por ela. Esse entendimento é manifestado por um representante da profissão médica:

Você tem uma população bem aquinhoadá que pode pagar isso perfeitamente, e só chegar no consultório, marca consulta, na saída deixa o cheque e vai embora. Vai na casa de saúde, deixa o cheque e vai embora. (...) Então eu creio que o SUS cometeu um grande erro, que foi pretender fazer a medicina pra todos. (...) Se você diz que a saúde deve ser para todo mundo, então o sujeito amanhã que tem uma renda mensal de 10 a 15 mil dólares vai se achar no direito de ir lá no hospital, ser atendido e não pagar nada. Ao passo que no seguro saúde ele vai pagar o atendimento. E quando ele paga o seguro saúde, ele não vai usar essa assistência de saúde fornecida pelo Estado (GREY, 1997).

---

<sup>217</sup> Segundo manifestação das entidades médicas, o PCCS-SUS deveria “embutir regras que contemplem as especificidades da carreira” médica no Programa Saúde da Família (FENAM, 2005). Em documento do Ministério da Saúde, se destacava que o PSF, apresentava “muitas dificuldades” de implantação já que muitos municípios contariam com um “híbrido convivendo com os dois modelos ao mesmo tempo. Além disso, os profissionais médicos resistem ao PSF por causa da jornada de trabalho (40 horas semanais) e preferem o esquema tradicional de 20 horas ou plantões” (BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2006).

Entre 1970 e 2004, a profissão médica passou por inúmeras transformações, entre elas, a expansão do título de uma pequena elite em direção a uma classe média alta. Durante o período, a profissão teria passado de 45 mil para 276 mil médicos.

Baseado nesses números, as entidades médicas argumentam que existe um número excessivo de profissionais e que deve haver uma regulamentação para manter o número em um suposto equilíbrio de mercado. Os sindicatos, as associações e os conselhos argumentam que existe um excesso de profissionais e que, nessas condições, os “fundamentos últimos” da profissão estariam ameaçados, já que perderia as características tradicionais de prática liberal e a relação médico-paciente estaria ameaçada pela intermediação do trabalho médico.

Em entrevistas, comissões e outros fóruns os médicos solicitam que o Estado “tome uma providência” e contenha os novos cursos de medicina. O Estado é chamado a intervir e a preservar a profissão da invasão de novos formandos. Enfim, solicitam que o Estado garanta a manutenção de seu capital escolar, ameaçada de desvalorização e vulgarização. Pedem que o Estado preserve a paridade entre o valor nominal e real de seu título escolar.

De outra forma, existe também a pressão social por mais oportunidades de ensino, já que uma parcela expressiva da população tem o interesse em aumentar seu nível educacional, pois esse seria um requisito de competição internacional. O novo capital seria o saber. Isso apesar de a China crescer e atrair grandes corporações graças à mão-de-obra barata e à legislação trabalhista quase inexistente. Tudo isso leva ao crescimento do mercado universitário e à criação de novas faculdades de medicina, sempre com a objeção dos médicos.

O mais interessante sociologicamente não é a essa busca de controle do título pelos médicos, mas sim sua precocidade, ou seja, desde o início do século XX, a questão já era motivo de intenso debates desde a década de 20, quando o número de titulados era, para os padrões de hoje, insignificante. Ao mesmo tempo, é interessante o grau de influência desses argumentos junto ao próprio poder público. Um suposto número ideal é repetido por autoridades públicas: ministros da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, entre outros.

Muito ou o pouco é sempre relativo. Não existe uma fórmula científica para determinar qual o número de médicos necessários. Também não há uma fórmula para determinar a partir de qual patamar remuneratório se poderia utilizar para remunerar a profissão. A medicina seria uma “profissão especial”, entretanto todas as profissões seriam especiais aos olhos daqueles que a praticam.

A medicina “lidaria com a vida humana”. Em última análise, todas as profissões lidam com a vida humana, inclusive os economistas. Os médicos “deveriam ser recompensados pelo

seu trabalho e anos de estudo”. Essa argumentação é repetida por todas as profissões e ocupações. Todas as profissões querem manter a correspondência entre o “valor nominal” e “real do seu conhecimento” ou trabalho.

Aliás, não são somente as profissões que querem manter o valor de seu capital escolar. Nas sociedades, todos querem sustentar o valor de alguma coisa. O trabalhador qualificado ou “desqualificado” também quer manter ou aumentar o preço de seu trabalho. “A medicina deveria ser bem remunerada, caso contrário o profissional cometeria atos antiéticos”. Quanto seria o muito ou pouco? Os médicos no Canadá reclamam da baixa remuneração que conseguem auferir sob a égide do Medicare, mesmo que lá a remuneração anual de um profissional seja, em média, de 202 mil dólares canadenses para um médico de família e 248 mil para um especialista.

Enfim, todas essas questões não são resolvidas pela lógica, mas sim pela política. Para a sociologia, o que interessa é saber como alguns conhecimentos são mais valorizados socialmente e consegue manter essa valorização ao longo do tempo, como no caso da medicina.

No Brasil, ao que tudo indica, o aumento no número de profissionais entre 1970 e 2004 não resultou em uma proletarização e assalariamento da categoria. Ao contrário, a dependência do médico em relação a um empregador, seja ele Estado ou setor privado, diminuiu. É claro que as condições de inserção nesse mercado não são iguais para todos. Essa inserção está condicionada, entre outros fatores, pelo capital social do portador do título e pela raridade relativa, trazida pela especialização. Assim, um título de médico, aliado a um título de especialista em anesteologia, consegue uma inserção diferenciada nesse mercado. Existe uma nova re-hierarquização dos títulos e um relativo controle das sociedades médicas em função de tentar preservar a relativa raridade dos títulos.

Dessa forma, o médico não é mais uma engrenagem no setor, como já tentamos mostrar. A importância da profissão, entretanto, não é resultado de uma suposta divisão técnica, mas fruto de um processo de construção de um monopólio construído a partir da concessão do Estado.

Essa autonomia relativa do profissional tem importantes conseqüências na organização do setor saúde. Campos, por exemplo, define o grupo como o “cimento da argamassa conservadora” que impede o avanço das propostas do Sistema Único de Saúde – SUS (CAMPOS, 1991).

De fato, existe uma afinidade eletiva entre os interesses do setor privado e o interesse do médico em manter um mercado privado no qual a profissão possa compor sua renda

utilizando um nível variável de remuneração dos seus serviços. Entretanto, isso não se deve a uma suposta determinação estrutural, mas é resultado das lutas e divisões internas à profissão, ou seja, do campo médico propriamente dito. Existe uma “ideologia liberal” que atribui ao Estado um papel residual no setor saúde.

No Brasil, no período pós-constituinte, não existe uma oposição à intervenção do Estado porque a participação do setor público diminuiu. Assim, dentro das atuais condições da organização do setor, ela não é uma ameaça à autonomia do profissional, mas uma fonte adicional de renda.

A ameaça à autonomia financeira da profissão não vem do Estado, mas dos planos de saúde, que crescem e passam a intermediar uma parcela cada vez maior do trabalho médico no período após a Constituição Federal de 1988.

Não se trata de dizer que não existe antagonismo entre a universalização, pelo menos no papel, do direito à saúde e os interesses da profissão. A regra, mesmo quando não cumprida na prática, apresenta determinados entraves às formas tradicionais de capitalização da profissão.

Finalmente, pela capacidade que a categoria parece demonstrar em gerar a sua própria demanda e, portanto, provocar um aumento de custos no setor. Esse custo não é provocado somente pela adição daquilo que cada médico consegue auferir ao utilizar seus conhecimentos, mas também do um impacto específico de suas ações em outras partes do setor saúde.

Assim, se poderia trazer a “Lei de Roemer” para o caso específico dos médicos e se perguntar se o crescimento desses profissionais teria também um impacto crescente nos custos do setor. Ao que tudo indica, não somente pelo crescente número de médicos, mas também pela forma como eles se inserem no mercado de trabalho, ou seja, a prática profissional nos “moldes liberais”. Os próprios representantes da profissão costumam lembrar esse fato constantemente em diversas ocasiões desde que a ação do Estado no setor começou a se fazer sentir<sup>218</sup>.

Dentro da forma tradicional de inserção profissional no Brasil, o aumento no número de profissionais tenderia a aumentar os custos, pela multiplicação da capacidade de o profissional gerar sua demanda. Já uma contenção ou redução também tenderia a aumentar os custos, pela poder de mercado que o profissional teria.

---

<sup>218</sup> Em geral, argumenta-se que o Estado estaria tentando “baratear” ou fazer “demagogia” com a saúde.

Com as devidas precauções, pode ser feita uma comparação com a posição do médico nos Estados Unidos, cuja autonomia técnica e financeira cresceu até o limite em que os custos do setor se tornaram uma questão política e os planos de saúde passaram a avançar sobre os dois tipos de autonomia. No Brasil, que possui um mercado de seguro saúde muito menor que o Estados Unidos e um setor público muito menor que o Canadá, essa expansão é contida somente pela ausência de recursos públicos capazes de financiar a expansão dos custos do setor e não por um suposto controle burocrático sobre a autonomia nas decisões do médico. Em outras palavras, não existe um controle nem sobre a autonomia financeira e nem técnica sobre o médico no Brasil, assim, a expansão do setor é contida somente pela quantidade de recursos disponíveis no setor público e privado para financiar essa expansão.

### **8.5. Um “médico exemplar”**

No depoimento abaixo, o Deputado Federal Rafael Guerra, fala de sua proposta de atendimento diferenciado no Sistema Único de Saúde (SUS). O Deputado é presidente da Bancada da Saúde e já foi também Secretário de Saúde do Estado de Minas Gerais.

O médico Rafael Guerra se formou em 1965, no período de relativa raridade do título, já que os efeitos da expansão universitária de 1968 irão ser sentidos somente no início da década seguinte. Por outro lado, no período inicial a ação do Estado no setor que não afetava a forma tradicional do médico capitalizar seu título no setor saúde. Nem a universalização do atendimento à saúde, já no período do INAMPS, em 1983, irá criar dificuldades nessa capitalização que utilizava formas estatais e privadas para compor um determinado nível de renda. Entretanto, em 1991, com a proibição do atendimento diferenciado no Sistema Único de Saúde – SUS, ou seja, de o paciente ser internado num quarto privado e pagar a diferença para o hospital e, mais importante que isso, de o médico receber uma quantia adicional pelo seu serviço diretamente do paciente, acaba, em grande parte, com essa prática tradicional de composição de renda do médico.

Quase tão importante ou mais até do que a CBHPM [Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos], porque a complementação nos dá muito mais liberdade de trabalho, muito mais independência, muito mais relação médico-paciente, sem depender do intermediário, sem depender de nenhum plano de saúde no meio do caminho. Então eu,... e nos dá é .... dá ao paciente muito mais liberdade de escolha, restabelece a confiança do médico no paciente, então eu considero realmente que foi um dos maiores marcos na medicina brasileira, marco na saúde brasileira - marco negativo, marco demagógico - foi a edição de uma portaria, em agosto de 91, que proibiu a internação dos pacientes do SUS em acomodações diferentes dos leitos de enfermagem (GUERRA, 2005, grifos nossos).

A referida portaria, proibiu que fosse cobrada a complementação do paciente em hospitais públicos e, também, que o médico recebesse um complemento pelo tratamento daqueles pacientes internados nessas acomodações diferenciadas.

Então eu acho que esse foi, esse marco foi por esse motivo, quer dizer, em 91 nós tínhamos 10% dos cidadãos brasileiros nos planos de saúde, hoje são praticamente 25%, isso se deveu a essa portaria. Porque a partir do momento em que o SUS impediu a internação em apartamento (...) Então é isso que o Governo está querendo. Não é o Governo, eu não estou falando do Governo do PT, não. Eu estou falando do sistema público de saúde. Quer dizer, nós colocamos ... agora o Governo do PT está incentivando, isso não tem dúvida nenhuma. Esse negócio de casa de parto, essa coisa. Quer dizer então, nós vamos fazer um SUS pra pobre, vamos fazer má assistência, um serviço de segunda e vamos depois pagar o preço; é isso que vem acontecendo. Por outro lado o fato do paciente que não vai para a enfermaria, que procura o colega, qualquer um de nós, no consultório, ter que arcar com os custos levou todos para os planos de saúde e nos levou à situação em que estamos em relação aos planos de saúde (GUERRA, 2005, grifos nossos).

Assim, a referida portaria não somente proibiu a complementação de pagamento por parte dos hospitais e médicos em hospitais públicos, ela também impediu que o médico utilizasse o setor público seletivamente, sem a intermediação dos planos de saúde. Por outro lado, como consequência direta do crescimento dos planos de saúde, em parte pela proibição da cobrança diferenciada dentro do SUS, em parte por outras tendências na reorganização do setor saúde, já em curso desde a década de oitenta, existe uma crescente intermediação do trabalho médico. Essa intermediação, em grande parte, encerra as cobranças complementares feitas pelo médico, já que o cliente de um plano de saúde dificilmente aceitaria pagar um complemento ao médico. A intermediação que antes era feita com o médico passa a ser feita pelos planos de saúde. Assim, o médico teria ficado subordinado aos planos de saúde: “de cabeça baixa, de cabeça baixa para os planos de saúde” (GUERRA, 2005). A solução encontrada seria a revogação da portaria e a volta da seletividade.

Porque a constituição fala que o SUS é universal. Ele não é universal pra enfermaria. O SUS é universal pro doente. Qualquer um de nós tem direito de ser tratado pelo SUS. Alguém que passa por aí e fala, só se for pra enfermaria, isso não está na constituição. Isso não está na constituição. Então é inconstitucional (GUERRA, 2005, grifos nossos).

Essa possibilidade de internação diferenciada traria de volta uma parte do mercado perdida pelos planos de saúde, intermediação para o âmbito dos hospitais e da profissão e “legalizaria” aquilo que hoje é feito extra oficialmente pelos hospitais e planos de saúde, ou seja, as cobranças complementares por parte dos hospitais e a utilização do setor público para cobrir os “custos catastróficos” para os planos de saúde. O tamanho desse setor “extra-oficial” é difícil de se dimensionar, pelas próprias características do mercado “por fora”. Por exemplo,

já foi dito que somente cerca de 1% dos custos incorridos pelo setor público com usuários do setor privado são cobrados. Entretanto, isso não significa que os outros 99% representem o gasto total que o sistema incorre com a “saúde suplementar”, trata-se somente daquilo que é detectado pelos instrumentos hoje existentes. Nesses casos, somente quando se rompe o “acordo de cavalheiros” é que aparece alguma parte desse setor.

Quando Jatene era ministro e eu era secretário de saúde de Minas eu falei com ele sobre isso. Eu falei: essa portaria precisa ser revogada, ela está atrapalhando a medicina brasileira, está atrapalhando o SUS. O [ex] ministro trabalha num hospital que cobra por fora. Eu não estou falando que ele cobra porque eu não sei, mas o INCOR cobra. A Beneficência Portuguesa cobra, lá em São Paulo. Cobraram de parente, primo meu que foi internado em enfermária. Pra operar para fazer a ponte de safena pagou, pagou hemodinâmica e pagou o cirurgião. (...) Então é um farisaísmo. Mas, eu falei com o Adib, falei com o Albuquerque, que foi o sucessor dele, o Albuquerque dirigiu um hospital universitário em Porto Alegre que cobra. Que interna doente em apartamento. E falei com o Serra, o Serra não cobra porque não é médico. Não está exercendo. Mas os outros dois conheciam bem o problema mas não tiveram coragem de revogar a portaria não tiveram a coragem de falar o que eu estou falando. Porque ficaram com medo de tomar a acusação de SUS para rico. Eu não tenho esse medo. Eu preciso de aliados. Porque senão eu fico sendo uma voz que clama no deserto ou um Don Quixote que está querendo lutar contra um moinho de ventos (GUERRA, 2005).

Embora as posições políticas do médico não possam ser diretamente extrapoladas para o conjunto da profissão, elas não deixam de refletir o *habitus* dominante da profissão: a luta pelo controle do número de escolas de medicina, a disputa com outras profissões, contra os planos de saúde e pela manutenção do médico como o principal mediador das políticas de saúde.

A solução encontrada é um novo rearranjo do setor no qual o Estado é visto como uma alternativa preferível à intermediação do setor privado, mas não dentro de um modelo universal de saúde, mas dentro de um modelo residual, no qual o Estado deve financiar uma parte dos custos do setor, porém sem alterar as condições de capitalização do título.

## **Considerações Finais**

### **Retrospecto da proposta de trabalho**

Nossa proposta de trabalho tentava mostrar a influência da burocracia do setor saúde e da profissão médica na constituição das políticas do setor saúde entre 1963 e 2004 no Brasil. Apenas para fins analíticos se dividiu o processo de constituição de uma política em três fases: formulação da proposta, discussão legislativa e implementação. Nosso trabalho centrou sua atenção nas disputas que ocorrem no momento da formulação da proposta e, depois, nas circunstâncias da implementação.

Essa escolha se baseava num entendimento de que o enfoque adotado pelo chamado institucionalismo, que privilegia o momento legislativo, seria insuficiente para explicar as diferentes formas que podem assumir os modelos de proteção social no setor saúde.

Por outro lado, os institucionalistas ressaltavam a importância da burocracia do setor saúde e dos médicos no processo de criação das políticas, mas pareciam circunscrever essa influência para momentos distintos. Assim, a burocracia seria influente na determinação do conteúdo daquilo que chegava ao Parlamento, e os médicos teriam um poder de influenciar as políticas na fase legislativa.

Mais do que isso, se deixava de lado a implementação das políticas, aparentemente sob a suposição de que essa fase era apenas um desdobramento daquilo que tinha sido aprovado no legislativo.

No caso específico do nosso objeto de estudo, as políticas de saúde no Brasil, acreditávamos poder mostrar que os dois agentes setoriais, a burocracia (médica) e os médicos, tinham uma influência que ultrapassava essa divisão proposta pelo institucionalismo.

A burocracia, tal como é assinalado pela corrente institucionalista, seria influente na formulação do referencial setorial. Mas do nosso ponto de vista, e o estudo de caso empreendido no trabalho tenta mostrar isso, seria também a principal força responsável pela inovação legislativa e pela implementação dessas políticas.

Os médicos, dentro do enfoque institucionalista, seriam influentes no processo legislativo e, capazes, segundo as diferentes configurações do sistema político, de impedir a criação de políticas que interferissem na sua autonomia financeira e técnica. Do nosso ponto de vista, essa influência não estaria somente circunscrita ao debate legislativo, o poder de veto

da profissão se manifestaria tanto na formulação das propostas quanto na implementação das políticas.

No debate mais específico das políticas de saúde do Brasil, tentou se mostrar a influência da profissão na constituição das políticas do setor. A profissão não seria somente mais uma engrenagem dentro das políticas de saúde, ou mais um assalariado que teria interesse em aumentar a intervenção do Estado, mas um agente ativo na conformação do modelo de saúde. Essa proposta já estava presente nos trabalhos de Campos (1986; 1992), entretanto para o autor, essa posição intermediária seria resultado das próprias estruturas do setor saúde.

Finalmente, tentou se mostrar que os impasses das políticas do setor saúde não eram somente resultado da ausência de recursos financeiros (o que não significa dizer que os recursos financeiros existentes sejam suficientes para a consecução dos objetivos constitucionais), mas das disputa entre classes sociais e também dos interesses específicos da profissão médica (mas não somente da profissão).

### **A burocracia de Estado e seu papel nas políticas públicas: arena e ator**

Como se quis mostrar ao longo do trabalho, a burocracia de Estado não é somente o setor no qual se criam as políticas do setor saúde, mas também é o lócus onde ocorre uma série de disputas políticas e se define o escopo daquilo que é discutido na arena propriamente parlamentar.

No caso específico do *Medicare* estadunidense (capítulo 1), não foi na disputa no Congresso que o principal interesse da corporação médica foi atendido. Foi na fase anterior, no qual a burocracia encarregada do projeto deixou deliberadamente de fora a previsão dos serviços médicos na legislação enviada para a votação. A profissão médica nesse caso exerceu um “poder preventivo”, ao definir os limites para a intervenção do Estado já numa fase anterior ao debate legislativo. O mesmo aconteceu no Canadá, quando a legislação do *Medicare* incorporou as objeções da profissão e preservou, pelo menos num período inicial, a autonomia financeira e técnica da profissão.

No caso específico do Brasil, as propostas para a organização e intervenção do Estado no setor saúde foram produtos de duas burocracias: a da Previdência e da Saúde. Nas décadas de 60 e 70 a burocracia da Previdência foi o mediador das políticas, nos anos 80 e 90 os mediadores principais foram os burocratas da Saúde. Muito embora, como vimos no capítulo 2, a burocracia da Saúde foi influente e muitas de suas propostas foram encampadas pela

Previdência na década de 70 e início dos anos 80. Ao mesmo tempo, como vimos no capítulo 3, a burocracia da Previdência, de certa forma, pavimentou o caminho para que os burocratas da Saúde incorporem suas propostas na Constituição Federal de 1988. Finalmente, com a extinção do INAMPS, no início da década de 90, todos os quadros da instituição são transferidos para o comando do Ministério da Saúde, o que de certa forma junta os dois grupos num mesmo lugar e, segundo as diferentes conjunturas políticas, um ou outro grupo se reveza no comando das políticas do setor durante os anos 90, como vimos no capítulo 4.

Esses dois grupos, com diferentes visões do papel do Estado ou da forma de implementação de um sistema de saúde, têm alguns consensos sobre a organização do setor saúde. Isso faz com que o referencial do Sistema Único de Saúde (SUS) resista aos diferentes governos e propostas de mudança ao longo dos anos 90.

Na arena propriamente burocrática, se define uma série de regras e procedimentos que, durante os anos 90, conciliam os interesses desses dois grupos e também os interesses propriamente políticos dos grupos à frente do Poder Executivo numa determinada conjuntura.

Esse é um dos motivos da preservação do modelo do Sistema Único de Saúde (SUS): de um lado a existência de um conjunto de propostas razoavelmente consensuais defendidas por duas correntes da burocracia, de outro a capacidade desses correntes em reconciliar seus projetos com as necessidades do poder político e do setor privado.

Outro motivo de preservação do modelo é que, no próprio desenho aprovado no Congresso, de certa forma, os interesses privados foram preservados na forma de um “poder preventivo” do poder privado e das corporações profissionais. No caso específico da profissão médica, por exemplo, se preservou o direito de atuar simultaneamente nos dois setores. No caso dos planos e seguros de saúde privados se permitiu também uma atuação simultânea com o setor público.

A burocracia é uma força política tanto na criação quanto na implementação das políticas de saúde, sua influência não está restrita ao processo de criação de alternativas. A implementação não é o desdobramento da legislação, mas pode ser reinterpretada de acordo com as circunstâncias políticas e econômicas de uma determinada conjuntura. Isso pode ser visto tanto no caso das políticas de saúde no Brasil quando no caso das políticas de saúde no Canadá. Nos dois casos, a aprovação de uma legislação específica para o setor (no Brasil, o Sistema Único de Saúde, em 1988; no Canadá, o *Health Act*, em 1984) não impediu que existissem políticas com diferentes graus de universalidade, dentro de uma mesma moldura institucional.

A profissão médica não é apenas mais uma engrenagem do setor saúde. As transformações por que passou a medicina no período, como já mostra Campos (CAMPOS, 1986;1992) não transformou o médico em mais um “trabalhador da saúde”, caracterização utilizada em alguns fóruns, mas que é rejeitada pela maior parte da categoria, e nem seguiu o caminho proposto pelos integrantes do Movimento de Renovação Médica (REME). O REME acreditava que o médico estaria perdendo as características de liberal e portanto se tornando um assalariado, o que faria o grupo receptivo à ideologia sindical. Tal como na França, onde a imagem do trabalhador da terra apresentada pelos sindicatos agrícolas não era tão atrativa quando empresário rural, no caso do Brasil, a imagem do trabalhador da saúde nunca despertou tanto entusiasmo com a imagem de médico (JOBERT; MULLER, 1987). Muito embora as condições sociais que permitiam a reprodução social de uma imagem de excelência profissional na medicina fossem acessíveis apenas a uma minoria da profissão.

A participação e apoio demonstrado pelo sindicato e outras entidades médicas no processo de Reforma dos anos 80 não trazem maiores chances para se resolver os impasses do setor, como quer Fleury (1989). Esse apoio sempre foi condicional e limitado a não-intervenção do Estado nas formas tradicionais de inserção da profissão dentro do setor saúde, como se pode ver nos capítulos 7 e 8. Aliás, o apoio genérico demonstrado pelos demais sindicatos não parece ter evitado o surgimento ou manutenção de uma série de alternativas privadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), como se pode ver no capítulo 4.

Entretanto, o que Campos parece ignorar, pelo menos em alguns de seus trabalhos, é que a posição do médico não é resultado das estruturas sociais do capitalismo brasileiro, mas sim resultado de um trabalho especificamente político da profissão, que conseguiu manter sua condição de pequeno artesão dentro de outras conjunturas específicas, como se pode ver no capítulo 5. No caso específico do Canadá, sua posição de dominância dentro do setor saúde não é resultado de uma suposta divisão técnica, mas antes objeto de uma construção política, sancionada pelo poder do Estado.

Como se tentou mostrar, a profissão médica é resultado de uma conjuntura histórica determinada. O fechamento do estrato profissional, no início do século XX, nos Estados Unidos, permite que um determinado modelo de excelência profissional seja estabelecido. A influência crescente daquele país no cenário internacional parece ter proporcionado as condições para esse modelo se espalhar internacionalmente. As recomendações do Relatório Flexner resultarão no fechamento de inúmeras escolas de medicina e no fechamento da profissão às classes médias e altas da sociedade americana. Esse processo foi respaldado pelo Estado.

No caso específico do Brasil, como vimos no capítulo 6, o título de médico não passará por processo semelhante de fechamento, porque no início do século XX o acesso à universidade já estava restrito a uma pequena elite. Entretanto, a busca pelo controle do número de titulados já motivava a atenção das elites médicas no início do século XX.

Com a expansão do ensino superior ocorrida no final da década de sessenta, o estrato profissional se abre para a classe média, voltando a se fechar no período seguinte. Situação que se deve a uma gestão de interesse propriamente corporativa junto ao Ministério da Educação. Será somente na segunda metade da década de 90 que um novo ciclo de crescimento do mercado universitário irá promover uma nova abertura do estrato profissional. Em todo caso, a raridade relativa do título não se deve à incapacidade de reprodução desse tipo de habilidade, mas sim a uma gestão corporativa para se limitar, por meio da autoridade do Estado, o número de titulados e assim procurar manter a posição do grupo dentro da estrutura social.

Por outro lado, se foi a autoridade estatal que manteve a relativa raridade do título e, portanto, preservou em parte o modelo liberal de prática, será também o Estado o único capaz de garantir as ameaças ao monopólio profissional. Já que não existem divisões naturais do trabalho, as fronteiras profissionais são difusas e tem que ser guardadas não somente do avanço de novas profissões, mas também para impedir as disputas interprofissionais. Aliás, nada garante que essas novas profissões ao avançarem sobre o monopólio da medicina não se tornem também zelosas de suas novas prerrogativas e apenas criem uma subdivisão no monopólio; mas, somente pela força da lei é que se garante e se mantém o monopólio profissional.

Será o Estado que garantirá o poder dos Conselhos em legislar em favor da profissão, dentro de um modelo de delegação corporativa que pode ser enquadrado dentro daquilo que alguns autores chamam de “governos privados”. O Congresso também será usado como uma forma de garantir o monopólio profissional, como se percebe pelas discussões, ainda em curso, em torno da criação do “ato médico”. Portanto, a profissão continua a desempenhar um papel significativo na organização do setor saúde e não é uma “simples engrenagem” dentro do setor. Essa posição, entretanto, não é resultado de uma suposta divisão técnica do trabalho, originada de estruturas macrossociais, mas sim de uma construção política e social.

## **Os médicos e a intervenção estatal no setor saúde**

Como se tentou mostrar ao longo do trabalho, não existe um antagonismo entre intervenção do Estado e os interesses da profissão médica. Sob certas circunstâncias essa ameaça pode ser transformada em oportunidades de renda.

As disputas entre profissão e Estado, sempre se situaram na forma como deveria ser essa intervenção. Os kassabistas, por exemplo, considerados como o grupo que mais se opôs à ação do Estado, não eram contrários à intervenção do Estado na saúde, mas defendiam que a ação estatal deveria se limitar a determinados grupos sociais - os indigentes. No Canadá, a posição da corporação era de limitar também a ação do Estado, defendiam, entretanto, a existência de um teto de renda ao qual estaria limitada a intervenção do Estado.

As lideranças dos médicos no Brasil (representadas pelas associações, pelos conselhos e sindicatos) buscam intermediar os diferentes interesses da profissão, que não é um agregado monolítico, mas sim um conjunto de titulados que compartilham uma imagem de excelência profissional quase monolítica. Isto é, todos são médicos, mas as chances de inserção são diferenciadas, condicionadas pelas divisões internas da profissão (as especialidades provocam uma nova estratificação da profissão), pelas diferenças regionais e pelos respectivos capitais sociais, entre outros. Um médico formado numa faculdade de medicina tradicional é mais médico que outro médico formado numa universidade do interior mesmo que, teoricamente, as habilidades técnica sejam equivalentes. Existe uma divisão resultante de critérios sociais que atravessam a profissão. A força que mantém esses agregados fracos juntos é a imagem dominante da profissão (médico liberal), muito embora ela exista de fato para um pequeno número de membros da profissão.

Assim, de forma deliberada ou não, as lideranças dos médicos buscam representar essas diferentes facetas da profissão. O Estado, nesse caso, é uma dos principais forças do setor saúde (embora o marco universal exista apenas como uma ficção jurídica, o Estado não deixa de representar cerca de 45% dos gastos do setor).

A ação do Estado, sob certas condições, poderia representar uma ameaça à profissão - como mostra a literatura sobre o assunto. Entretanto, no caso específico do Brasil, a ação estatal sempre manteve razoavelmente inalteradas as formas de inserção do médico no setor saúde.

A ação do Estado sempre representou uma possibilidade de complementar a renda do profissional, muito embora tenha também provocada uma série de atritos com a profissão, principalmente nos momentos em que, pressionado pelos limites orçamentários, se buscou

uma maior eficiência nessa relação. A substituição das Unidades de Serviços (US) por um novo sistema de pagamento foi um desses momentos em que as lógicas de intervenção estatal e a lógica profissional colidiram.

A busca de preservar essa imagem de excelência profissional resulta em algumas tentativas por parte do estrato profissional em reorganizar a ação do Estado em direção aos objetivos profissionais, como o Plano Leonel Miranda, no final dos anos 60 e, em alguma medida, o Plano de Atendimento a Saúde (PAS), na segunda metade da década de 90.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) dentro dos marcos estabelecidos não representou o fim da medicina liberal, como imaginavam algumas correntes médicas. O novo sistema não somente manteve um espaço de atuação para a iniciativa privada, como também permitiu que a prática da “dupla militância” entre os médicos continuasse.

Não existe um antagonismo entre expansão do Estado e profissão, desde que essa expansão seja mantida dentro de certos limites. Pelo contrário, tendo em vista a grande disparidade de renda existente no Brasil, somente pela ação do Estado no setor é que parcelas significativas da população têm acesso à saúde. Assim, o Estado cria um mercado onde antes não existia nada. É claro que essa expansão do Estado pode ser uma ameaça, quando por exemplo busca substituir, ou complementar, o trabalho dos médicos por outros profissionais. As “casas de parto” são um dos exemplos onde essas medidas se chocam com os interesses da profissão em manter seu monopólio.

### **A “América” é aqui**

A expansão do Estado no setor saúde antes de ser uma ameaça para a profissão médica pode ser uma forma de “escapar” do mercado. Como mostra a organização do setor saúde no Canadá e nos Estados Unidos, o Estado parece ser um “patrão” mais vantajoso que a iniciativa privada. Embora seja difícil comparar a renda real entre dois países, pode-se dizer que um médico no Canadá, dependendo da especialidade, auferia uma renda relativamente menor que um médico americano. Entretanto, no Canadá, a ação do Estado teria preservado a autonomia técnica do profissional e sua posição de dominância dentro do setor saúde, além de conter o avanço de outras profissões.

Essa acomodação não significa ausência de conflito, já que o Estado, ao proibir a atuação dos médicos no setor privado e público simultaneamente (o chamado *double dipping*) e, também, o setor privado de atuar nos mesmos nichos de mercado em que o Estado atua (visando coibir o “*cream-skimming*”), limita as oportunidades de ganho da profissão. As disputas em torno da criação de um segundo setor (*two-tier system*) no Canadá, que possa

atuar nas áreas em que o Estado atua, motiva um debate constante entre prestadores e Estado. Esse debate inconcluso também reflete de certa maneira a indecisão da profissão: o mercado poderia limitar a autonomia técnica, mas ao mesmo tempo aumentar as possibilidades de maiores rendas. Entretanto, a adoção de um segundo setor, com possibilidade de atuação dos profissionais simultaneamente atenderia esses dois interesses da profissão. Em anos recentes as pressões fiscais sobre o orçamento das provinciais e os interesses de médicos e setor privado em participar com mais intensidade no mercado privado estão construindo as condições para adoção dessa nova modalidade de atuação do Estado, mas os resultados são ainda incertos.

No Brasil, nunca se criou esse tipo de limitação ao setor privado ou à atuação do médico. A criação de um sistema universal de saúde, com a manutenção de um setor suplementar e a possibilidade desse setor privado atuar em somente alguns nichos de mercado tornou o Estado suplementar ao setor privado. Como o setor privado depende do Estado para se manter, seja para descarregar os custos catastróficos ou para preservar as isenções que garantem a existência de parte do mercado, nada garante que uma expansão dos recursos públicos não seja apropriada pelos diversos atores da arena, sem alterar as iniquidades do atual sistema.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), ao que tudo indica, significou a ampliação e não a diminuição do setor privado.

No caso específico da profissão médica, a dependência direta do Estado até diminuiu, tanto em vista que os vínculos de trabalho públicos permaneceram praticamente inalterados durante as décadas de 80 e 90, mas o número de titulados mais do que dobrou. Nada indica que a renda da profissão tenha sofrido uma redução significativa no período, muito embora ela possa estar distribuída mais desigualmente.

Ao que tudo indica, a capacidade de o profissional gerar demanda se manteve e o crescimento no número de titulados foi acompanhado por um aumento no percentual do PIB apropriado pelo setor saúde na economia global. A “autonomia relativa” da profissão se mantém e, ao que tudo indica, aumenta, já que o mercado privado apresenta ainda possibilidades de inserção vantajosas, embora essas chances sejam distribuídas desigualmente entre o estrato profissional.

As ameaças à autonomia técnica e financeira não parecem estar no Estado, mas sim no setor privado. Será o setor privado que ampliou sua atuação no mercado de saúde e também educacional. A criação de um número significativo de faculdades de medicina no final dos anos 60 e, novamente, no final dos anos 90 que provocou a desvalorização relativa do título

acontecerá em sua maior parte pelo ramo privado. A ampliação do setor saúde durante os anos 80 e 90 ocorreu pelo ramo privado.

Entretanto, a extensão desse mercado privado de seguro saúde é resultado de um financiamento direto (isenções fiscais) ou indireto (cobertura dos custos catastróficos) por parte do Estado. As chances de ampliação do setor, desde a criação da legislação dos planos de saúde em 1998, foram limitadas, mas ainda existem.

Por outro lado, a expansão do número de faculdades de medicina é, de certa forma, limitada pela capacidade que a profissão tem de vocalizar seus interesses. O argumento da qualidade possui um peso muito grande junto à opinião pública e formadores de opinião.

Assim, dentro das atuais divisões do mercado, uma diminuição no número de portadores do título poderia ser utilizada como uma forma de pressão por mais renda por parte da profissão, o que aumentaria os custos do setor. Paradoxalmente, devido à capacidade do grupo em gerar demanda para seus serviços, um aumento no estrato profissional significaria também um aumento no custo do setor, pelo efeito multiplicador que cada novo titulado gera. Em outras palavras, a existência de mais titulados levaria a um aumento nos custos, não a redução. Dentro de uma conjuntura de mercado, a contenção do número produz um aumento de custo pela raridade do título. A expansão do título também leva à expansão do custo pela capacidade de a profissão gerar sua própria demanda.

As características do setor saúde aproximam o modelo de saúde no Brasil mais do modelo estadunidense do que do modelo canadense. A posição do médico dentro do setor também aproxima o médico daquele modelo. Ao procurar preservar sua autonomia financeira os médicos criam as condições para o aumento do empresariamento. Esse empresariamento proporciona um mercado no qual o médico poderia teoricamente determinar as condições de exercício e remuneração de seu trabalho numa posição mais vantajosa do que como empregado do Estado. Entretanto, os interesses do setor privado em expandir e se capitalizar não são coincidentes em determinadas conjunturas econômicas recessivas, ou em economias de baixo crescimento como a brasileira. Assim, o mercado brasileiro se “americaniza” ou mantém essa característica apesar das inúmeras tentativas de reformas durante o período estudado.

### **A política da economia**

Parece evidente que o modelo universal proposto pela Constituição Federal de 1988 existe tão somente como uma realidade virtual. Diante da “crise do setor”, que na verdade não

é uma crise mas uma condição permanente do “sistema”, algumas soluções são apresentadas por políticos, empresários, sociólogos, entre outros.

As discussões das políticas de saúde no Brasil frequentemente terminam num diagnóstico economicista. Os recursos financeiros seriam ou insuficientes, ou mal aplicados ou divididos desigualmente entre os entes federados. É claro que os diferentes diagnósticos estão ligados à posição ocupada no espaço social por cada um dos grupos que faz o diagnóstico.

Esses posicionamentos, apenas para fins analíticos, podem ser divididos em dois grandes grupos. Um primeiro grupo defende que não existe um problema de recursos, mas sim de administração. O Estado seria ineficiente para administrar o setor saúde. Ele deveria ser regido pelas regras de mercado, o Estado somente intervindo para garantir a saúde daqueles que não podem pagar pela sua saúde. O Estado deveria diminuir sua participação no setor, reduzir impostos e garantir a infra-estrutura para o setor privado. Com o tempo, com um melhor desempenho da economia como um todo, uma maior parcela da população seria incorporada ao mercado por meio das alternativas privadas como seguro saúde ou pagando diretamente pela sua saúde. Outra variação dessa posição seria a de que realmente os recursos são insuficientes para o setor, mas isso seria um problema econômico. Somente no futuro, com um desempenho melhor da economia as pessoas poderiam receber um atendimento melhor. Um país pobre somente poderia prestar uma saúde pobre.

Um segundo grupo reconhece a falta de recursos. Para esse grupo, está correto as previsões de que o Estado deve atender a todos. Entretanto, a implantação de uma política levaria tempo e, tendo em vista que existe uma limitação de recursos, caberia ao Estado atender à população mais vulnerável. Seria a focalização dentro da universalização. Política não-oficial do setor saúde durante a maior parte da década de 90. Os demais deveriam pagar pela sua saúde, o que aliviaria o setor público. Existe um subgrupo que também faz o mesmo diagnóstico, existe uma ausência de recursos, porém, tendo em vista que a Constituição preconiza um sistema de saúde universal esse deveria ser o foco do Estado. A focalização proposta pelo primeiro grupo seria um erro, já que existe a previsão constitucional em favor de um sistema de saúde universal para todos, independente da renda.

Ao que tudo indica, em nenhum dos casos, tendo em vista as características da organização do setor saúde, se produziria uma distribuição mais equânime dos bens de saúde já que o problema não se reduz a uma equação econômica, mas política.

Os impasses da implementação, nessa perspectiva, seriam o resultado de um embate propriamente político, que envolve não somente as diferentes classes sociais (trabalhador

formal versus trabalhador rural; trabalhador público versus trabalhador privado; etc; cada um deles buscando preservar, por menor que fossem, as vantagens diferenciais que tinham na distribuição dos bens de saúde) mas também uma disputa entre os grupos que compõem o setor saúde, entre eles a profissão médica, que busca ampliar ou manter sua posição dentro do setor saúde e na sociedade global.

No caso específico da profissão médica, a busca pela manutenção da posição do grupo dentro do setor saúde envolve um trabalho propriamente político em busca preservação das prerrogativas tradicionalmente associadas à profissão e de manutenção da posição econômica e social do grupo, o que expande os gastos do setor. A manutenção do setor privado converge com os interesses da profissão. Mas ao se manter um espaço privado se mantém o modelo residual.

Nada indica que uma injeção de recursos dentro de um mercado organizado segundo esses padrões produza mais saúde, pode apenas significar um crescimento do setor, sem que se resolvam os problemas de acesso. O exemplo dos Estados Unidos mostra que o mercado pode se expandir e, mesmo assim, deixar uma parcela significativa da população de fora do mercado.

### **Mas funciona...**

Poderia se dizer que existe um modelo oficial de saúde e um modelo não oficial. No modelo oficial existe um sistema universal de saúde, acessível a todos, independente da classe social ou posição no mercado de trabalho. No modelo não oficial, entretanto, a participação na distribuição dos bens de saúde obedece às linhas profissionais e de classe.

Esse modelo se manteve ao longo do período estudado. Para alguns é resultado de uma ação deliberada do Estado que busca controlar as classes sociais pela segmentação e divisão. O modelo de “cidadania regulada”, aparentemente adota essa versão, mas ela não parece totalmente correta.

De fato, de um lado existe um setor segmentado para atender o funcionalismo público, isso nos três níveis de governo. Somente no Governo Federal, os valores destinados à subvenção aos servidores federais seriam cerca de 1 bilhão de reais (CARVALHO, 2007). De outro, existe um setor de seguro privado, também subvencionado pelo Estado, por meio de isenções fiscais. Esse setor é complementado pelos pagamentos diretos feitos para os mais diversos prestadores (uma grande parte de fora da economia formal, já que a prestação ocorre sem a formalização do pagamento.). Finalmente, existe o Sistema Único de Saúde (SUS), que cobre os riscos catastróficos e atende o resto da população não integrada.

Entretanto, esse sistema não é resultado somente do poder político. A manutenção desse sistema extra-oficial é resultado da ação de todos os agentes sociais. Cada estrato social, ao procurar manter o seu espaço dentro do setor, ou na participação da distribuição dos bens de saúde, colabora em parte para manter a situação de inércia e as desigualdades na distribuição desse sistema extra-oficial.

A própria estrutura de divisão de recursos e responsabilidades, de uma forma indireta, colaborou para uma responsabilização difusa entre os entes federados. Para alguns, uma nova legislação, mais específica, modificaria esse padrão difuso de responsabilidades. Entretanto, quanto mais específica é a lei, mais ela se torna aberta a novas interpretações, o que, no final, restituiria a liberdade dos entes federados para continuar com o “jogo de empurra”.

A reorientação do novo sistema tem altos custos, não só econômicos, mas também políticos. Ela deve ser feita sem deixar de lado o atual sistema. Recursos direcionados para a atenção básica, se oriundos de um rearranjo de recursos já existentes, provocam uma reação contrária daqueles agentes que hoje se beneficiam do atual sistema. Uma injeção de novos recursos pode apenas ser apropriada dentro das atuais estruturas do atual sistema. A metáfora utilizada por alguns agentes públicos de que governar seria trocar um pneu de carro com o veículo em movimento, de certa forma se aproxima dessa situação. Aliás, não se tem notícia de que tal façanha tenha um dia ocorrido. Daí as dificuldades de reforma e da manutenção do atual sistema extra-oficial.

Entretanto, o sistema se mantém. Uma hipótese levantada por Lowi (1964) explica em parte essa situação. Segundo o autor, ao se distribuir um assunto de um bilhão de dólares em centenas de pequenas partes o que acontece é a dispersão dos interesses e, também, a redução do conflito. A própria manutenção do sistema extra-oficial mostra que, de uma forma ou de outra ele atende a todos os interesses. Mas, ao atender todos os interesses ele apenas mantém o estado de luta entre os grupos e de crise permanente.

Assim, mesmo que as políticas de saúde no Brasil sejam resultantes das disputas entre os interesses dos diversos estratos de classes sociais e entes federados e que seja impossível apontar uma única causa para a manutenção desse modelo de saúde residual, apesar de todas as leis proclamarem o direito universal, pode-se também perceber que as políticas do período não deixaram de ser o resultado da disputa entre os dois grupos específicos de médicos: a burocracia (médica) e os médicos. O primeiro grupo é forte na arena estatal e consegue moldar as políticas públicas do setor, o segundo grupo também é influente na arena estatal, porém seu poder não advém dessa influência no Estado, mas de sua capacidade de influenciar a implementação das políticas públicas graças a sua posição no setor saúde. Assim, pode-se

dizer que as políticas de saúde são também resultado das disputas entre essas duas correntes do campo médico.

A força desses dois grupos de agentes setoriais não significa dizer que as políticas são determinadas pelos dois grupos, mas sim que eles conseguem filtrar os demais interesses e, numa dinâmica que não exclui o confronto, adaptar os seus interesses às demais forças externas do setor e, ao mesmo tempo, moldar as forças externas a seus interesses dentro do setor.

A capacidade com que o grupo da burocracia (médica) adaptou suas propostas de acordo com os interesses políticos de cada conjuntura e a capacidade com que os médicos conseguiram adaptar o setor privado a seus interesses é uma mostra da força desses dois agentes setoriais que medeiam as políticas de saúde do setor entre 1963 e 2004.

## Bibliografia

ABREU, R. V.; BENEVIDES, R. P. **Res pública: revista de políticas públicas e gestão governamental**, v. 3, n. 5, p. 59-85, nov. 2004.

ALLISON, G. T.; HALPERIN, M. H. Bureaucratic Politics: a paradigm and some policy implications. **World Politics**, v. 24, n. (Supplement: theory and policy in international relations), p. 40-79, Spring 1972. Disponível em: [www.jstor.org].

ALMEIDA, C. Médicos e assistência médica: Estado, mercado ou Regulação? Uma falsa questão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, out./dez. 1997.

ALMOND, G. A.; VERBA, S. **The Civic Culture: political attitudes and democracy in five nations**. Sage Publications Inc, 1989. 392 p. Disponível em: [http://books.google.com].

ARAÚJO, A. M. C.; TAPIA, J. R. B. Corporativismo e neocorporativismo: exame de duas trajetórias. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, n. 32, p. 3-30, 2. sem. 1991.

ARMSTRONG, P.; ARMSTRONG, H. Decentralised health care in Canada. **British Medical Journal**, v. 318, n. 7192, p. 1201-1204, May 1999.

ARRETCHE, M. O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas públicas. In: GERSCHMAN, S.; Werneck Vianna, M. L. (Orgs.). **A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no Contexto da globalização**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Galeria de presidentes**. Acesso em: 31 dez. 2006. Disponível em: [http://www.amb.org.br/inst\_diret\_pres\_main.php3].

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS. **PCCS-SUS: carta aos médicos**. Última atualização do sítio (na data do acesso): 1 Nov. 2005. Acesso em: 20 Jan. 2007. Sítio: Conselho Federal de Medicina. Disponível em: [www.portalmedico.org.br].

BADIE, B. **The Imported State: the westernization of the political order**. Stanford: Stanford University Press, 2000.

BADIE, B.; BIRNBAUM, P. **The Sociology of the State**. London: The University of Chicago Press, 1983.

BAHIA, L. **Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado: seguros e planos de saúde no Brasil**. 1999. Tese de Doutorado - Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP, Rio de Janeiro, 1999. (Utilizada versão eletrônica do texto, paginação pode diferir do original).

\_\_\_\_\_. Planos Privados de Saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 329-339, 2001.

BAPTISTA, T. W. F. **Políticas de saúde no pós-constituente: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos poderes executivo e legislativo no**

**Brasil.** 2003. Tese de Doutorado - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

BARBOSA, M. L. O. **Reconstruindo as minas e planejando as gerais: os engenheiros e a construção dos grupos sociais.** 1993a. Tese de doutorado - Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, 1993a.

\_\_\_\_\_. A Sociologia das Profissões: em torno da legitimidade de um objeto. **Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, n. 30, p. 3-30, 2. semestre 1993b.

BARER, M. L.; EVANS, R. G.; LABELLE, R. J. Fee controls as cost control: tales from the frozen north. **The Milbank quarterly**, v. 66, n. 1, p. 64-65, 1988.

BASTOS, M. V. **Murilo Villela Bastos. Depoimento.** Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 2004. Formato original da fonte: gravação sonora. Informações Adicionais: Depoimento ao Programa de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. Entrevista concedida em 1986 e constante do acervo "Memória da Assistência Médica da Previdência Social no Brasil".

BATTLE, K. Transformation: Canadian Social Policy Since 1985. **Social Policy & Administration**, v. 32, n. 4, p. 321-340, dec. 1998.

BECH, J. et al. **Os Médicos na Atenção Básica no SUS, encontros e desencontros com os Gestores de 50 Municípios Estado de Rio Grande do Sul.** Núcleo de Estudos em Administração e Saúde Coletiva (NEAS) da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2002. Disponível em: [[http://www.opas.org.br/servico/temas\\_documento\\_detalhe.cfm?CodSubTema=147&CodEspecifico=5259](http://www.opas.org.br/servico/temas_documento_detalhe.cfm?CodSubTema=147&CodEspecifico=5259)].

BECKER, M. A. Editorial. **Jornal da Amrigs**, Porto Alegre, mai. 1993. 10, p. 1.

\_\_\_\_\_. Editorial. **Jornal do Cremers**, Porto Alegre, out./dez. 1996. p. 2.

\_\_\_\_\_. **Marco Antônio Becker. Depoimento ao autor.** Porto Alegre: Abr. 1997.

BEGIN, M. **The Institute for Research on Public Policy: 30th Anniversary Conference.** REVISITING THE CANADA HEALTH ACT (1984): WHAT ARE THE IMPEDIMENTS TO CHANGE? February 20, 2002, National Arts Centre, Ottawa. University of Ottawa, 2002. p. 1-7.

BELMARTINO, S. **Corporacion medica y poder em salud: Argentina, 1920-1945.** Rosario: OPAS/MS/Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, 1988.

BERTRAND, L. **L'énigmatique Mackenzie King: biographie.** Vanier, Ontario: Editions L'interligne, 2000.

BOASE, J. P. Institutions, Institutionalized Networks and Policy Choices: Health Policy in the US and Canada. **Governance: An International Journal of Policy and Administration**, Cambridge, v. 9, n. 3, p. 287, July 1996.

BOLTANSKI, L. **Les cadres: la formation d'un groupe social**. Paris: Les Editions de Minuit, 1982.

BONELLI, M. G. **A classe média do "milagre" à recessão: mobilidade social, expectativas e identidade coletiva**. São Paulo: IDESP, 1989.

\_\_\_\_\_. **As Ciências Sociais no Sistema Profissional Brasileiro**. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 14, n. 39, p. 61-82, fev. 1999a.

\_\_\_\_\_. **O Instituto da Ordem dos Advogados Brasileiros e o Estado: a profissionalização no Brasil e os limites dos modelos centrados no mercado**. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 14, n. 39, p. 61-81, fev. 1999b.

BOURDIEU, P. **La distinction**. Paris: Éditions de Minuit, 1979.

\_\_\_\_\_. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

\_\_\_\_\_. **Homo Academicus**. Paris: Éditions de Minuit, 1984.

\_\_\_\_\_. **La Noblesse d'État: grandes écoles et esprit de corps**. Paris: Éditions de Minuit, 1989.

\_\_\_\_\_. **Coisas ditas**. São Paulo: Brasiliense, 1990.

\_\_\_\_\_. **Stratégies de reproduction et modes de domination**. **Actes de la Recherche en Sciences Sociales**, n. 105, p. 12-14, 24 nov. 1994.

\_\_\_\_\_. **Razões práticas. Sobre a teoria da ação**. Campinas: Papyrus, 1996.

BOURDIEU, P.; BOLTANSKI, L. **Le titre e le poste: rapports entre le système de production et le système de reproduction**. **Actes de la Recherche en Sciences Sociales**, Paris, n. 2, p. 95-107, 1975.

BOURGEAULT, I. L.; BENOIT, C.; DAVIS-FLOYD, R. **Reconceiving midwifery**. Montreal: McGill-Queen's University Press, 2004.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Contratualização de Desempenho Institucional na Administração Pública**. SEMINÁRIO SOBRE a CONTRATUALIZAÇÃO DE DESEMPENHO INSTITUCIONAL NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, Dez., Brasília. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2004.

\_\_\_\_\_. **Carência, doenças e lesões preexistentes, urgência e emergência: prazos de carência, cheque-caução, preenchimento da declaração de saúde**. Agência Nacional de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: [www.ans.gov.br].

\_\_\_\_\_. **Cobertura assistencial: contratos, tipos de plano, coberturas obrigatórias, planos novos e adaptados**. Plano de Saúde: conheça os seus direitos, Rio de Janeiro, 2005b. Disponível em: [www.ans.gov.br].

BRASIL. Assessoria de Comunicação Social do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Planos de saúde para todos os servidores: decreto procura uniformizar**

**assistência à saúde.** O boletim eletrônico CONTATO, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Brasília, 2004. Disponível em: [<http://www.servidor.gov.br/contato>].

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório da Comissão designada para avaliar necessidade social da criação do Curso de Medicina pela Universidade Luterna do Brasil (ULBRA), aprovado na 45. reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde.** Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde: Brasília, 5 Jul. 1995.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica: Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional.** CONASS, Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **A Reforma administrativa do sistema de saúde.** Cadernos MARE da reforma do estado, v. 13, 1998. Disponível em: [[www.planejamento.gov.br](http://www.planejamento.gov.br)].

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Decreto nº 4.978 de 3 fev. de 2004. Regulamenta o art. 230 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a assistência à saúde do servidor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 fev. 2004, Disponível em: [[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2004/Decreto/D4978.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D4978.htm)].

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pequenos Hospitais: uma estratégia alternativa de organização e financiamento.** Ministério da Saúde, Brasília, 29 abr. 2004.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 3.a Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, mar. 2006.

BRASIL. Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde. **Propostas resultantes do 1. Encontro dos secretários municipais de saúde.** 1. ENCONTRO DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 24 a 26 Mar., Belo Horizonte. Brasília: Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, 1981. Disponível em: [<http://www.conasems.org.br/mostraPagina.asp?codServico=1242>]. Sítio raiz: [<http://www.conasems.com.br>]. Acesso em: 17 nov. 2004.

BRESSER-PEREIRA, L. C. **A Reforma do estado dos anos 90: Lógica e mecanismos de controle.** Cadernos MARE da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, v. 1, 1997. Disponível em: [<http://www.planejamento.gov.br>].

BUENO, R. R.; PIERUCCINI, M. **Abertura de escolas de medicina no Brasil: relatório de um cenário sombrio Autores.** Conselho Federal de Medicina/Associação Médica Brasileira, 2004. 40 p. Disponível em: [[http://www.amb.org.br/escolas\\_abertura.pdf](http://www.amb.org.br/escolas_abertura.pdf)].

BURKE, M.; STEVENSON, H. M. Fiscal Crisis and Restructuring in Medicare: the politics of health in Canada. In: COBURN, D.; D'ARCY, C.; TORRANCE, G. M. **Health and Canadian society : sociological perspectives.** 3. ed. Toronto: University of Toronto Press Incorporated, 1998. p. 597-618.

CAMPOS, F. E.; OLIVEIRA JUNIOR, M. Contribuição ao Debate de uma Política de Recursos Humanos para o Setor Saúde no Brasil a Situação da Categoria Médica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, Out./Dec. 1986.

CAMPOS, G. W. S. **Os Médicos e a Política de Saúde: entre a estatização e o empresariamento, a defesa da prática liberal de medicina.** 1986. Dissertação de Mestrado - Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1986.

\_\_\_\_\_ A reforma sanitária necessária. In: BERLINGUER, G.; FLEURY, S. M.; CAMPOS, G. W. S. **Reforma Sanitária: Itália e Brasil.** São Paulo: HUCITEC/CEBES, 1988.

\_\_\_\_\_ A construção do projeto neoliberal para a saúde no Brasil: os médicos como cimento da argamassa conservadora. In: CAMPOS, G. W. S. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida.** São Paulo: HUCITEC, 1991.

\_\_\_\_\_ **Reforma da reforma: repensando a saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1992.

CANADA. Supreme Court Canada. **Chaoulli v. Quebec (Attorney General).** v. S.C.R. 791, 2005 SCC 35, June 09 2005. Disponível em: [http://scc.lexum.umontreal.ca/en/2005/2005scc35/2005scc35.html].

CARNOY, M. **Estado e teoria política.** São Paulo: Papyrus, 1990.

CARVALHO, G. gasto em saúde. **RADIS - Comunicação em Saúde**, n. 55 (matéria exclusiva para Web), Mar. 2007. Disponível em: [http://www.ensp.fiocruz.br]. Acesso em: 04/3/2007.

CHAN, B.T.B. **From perceived surplus to perceived shortage: What happened to Canada's physician workforce in the 1990s?** Ottawa: Canadian Institute for Health Information, 2002.

CARVALHO, J. M. **Os Bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi.** São Paulo: Cia da Letras, 1987.

COBURN, D. State Authority, Medical Dominance, and Trends in the Regulation of the Health Professions: the Ontario Case. In: COBURN, D.; D'ARCY, C.; TORRANCE, G. M. **Health and Canadian society : sociological perspectives.** 3. ed. Toronto: University of Toronto Press Incorporated, 1998. p. 332-346.

COBURN, D.; D'ARCY, C.; TORRANCE, G. M. **Health and Canadian society: sociological perspectives.** Toronto: University of Toronto Press Incorporated, 1998.

COBURN, D.; RAPPOLT, S. G.; BOURGEAULT, I. L. Decline vs. retention of medical power through restratification: an examination of the Ontario case. **Sociology of Health & Illness**, Cambridge, v. 19, n. 1, p. 1-22, jan. 1997.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Saúde-Brasil: um diagnóstico atual. **Jornal Medicina**, Brasília, 1998. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/jornal/jornais1998/1298/jornal.htm]. Sítio raiz: [http://www.portalmedico.org.br/].

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA DO AMAPÁ. **Um grave erro: Cremap é contrário à Portaria nº 971.** 2006. Acesso em: 14 Jul. 2006. Sítio: Conselho Federal de Medicina. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostranoticia2005&portal=&id=11101].

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA;ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Histórico da CBHPM**. 2007. Acesso em: 22 Mar. 2007. Disponível em: [http://www.remuneracaomedica.org.br].

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. **Mercado de Trabalho Médico no Estado de São Paulo**. Conselho Regional de Medicina de São Paulo, São Paulo, 2002. Disponível em: [http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/mercado\_trabalho.pdf].

CONSTANTINO, L. Para baixar preço, plano de saúde propõe reduzir o atendimento. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 8 Fev. 2006.

CORADINI, O. L. **Representações sociais e conflitos nas políticas de saúde e previdência social rural**. 1988. Tese de Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1988.

CORDEIRO, H. A. **Hésio A. Cordeiro: entrevista a PEREIRA, Carlos (1994)**. Rio de Janeiro: nov. 1992. Formato original da fonte: fita cassete. Informações Adicionais: Entrevista cedida pelo autor: PEREIRA (1994).

CORREA SOBRINHO, J. D. **José Dias Corrêa Sobrinho. Depoimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 2004. Formato original da fonte: gravação sonora. Informações Adicionais: Depoimento ao Programa de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. Entrevista concedida em 1986 e constante do acervo "Memória da Assistência Médica da Previdência Social no Brasil".

CORREIA CAMPOS, A. Normativismo e Incentivos: contributo da economia para a administração da saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Orgs.). **Economia da Saúde: conceitos e contribuições para a gestão da saúde**. Brasília: IPEA, 1995.

COSTA, N. R. Inovação política, distributivismo e crise: a política de saúde nos anos 80 e 90. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, 1996. Disponível em: [http://www.scielo.br]. (edição eletrônica).

\_\_\_\_\_. Políticas Públicas, direitos e interesses: reforma sanitária e organização sindical no Brasil. In: EIBENSCHUTZ, C. **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996b.

\_\_\_\_\_. **O regime regulatório de planos e seguros de saúde: tendências e perspectivas**. ENCONTRO NACIONAL DA ABCP - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CIÊNCIA ÁREA ESTADO e POLÍTICAS PÚBLICAS, 21-24 Jul., PUC - Rio de Janeiro. 2004.

CUNHA, J. F. **José Fonseca da Cunha. Depoimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ COC, 1991. Formato original da fonte: gravação sonora. Informações Adicionais: Depoimento ao Programa de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. Entrevista concedida em 1988 e constante do acervo "Memória de Manguinhos".

CUNHA, L. A. **Educação e desenvolvimento social no Brasil**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

\_\_\_\_\_. Vestibular: a volta do pêndulo. **Encontros com a Civilização Brasileira**, Rio de Janeiro, n. 13, p. 195-208, jul. 1979.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: CAMPOS, F. E.; TONON, L. M.; OLIVEIRA JUNIOR, M. (Org.). **Planejamento e gestão em saúde**. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. Disponível em: [[http://dtr2001.saude.gov.br/cgprh/projetos/gestao/publicacoes/textos\\_basicos/t12\\_1\\_4.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/cgprh/projetos/gestao/publicacoes/textos_basicos/t12_1_4.htm)]. Sítio raiz: [[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)]. Acesso em: 17 nov. 2004. (Foi utilizada uma versão eletrônica da referência).

DANIELS, N. Understanding Physician Power: a review of The Social Transformation of American Medicine. **Philosophy and Public Affairs**, v. 13, n. 4, p. 347-357, fall 1984.

DANTAS, P. **Paulo Dantas: entrevista a PEREIRA, Carlos**. Rio de Janeiro: 1993. Informações Adicionais: Entrevista cedida pelo autor: PEREIRA (1994).

DAVIES, M. J. Competent Professionals and Modern Methods: State Medicine in British Columbia during the 1930s. **Bulletin of the History of Medicine**, Baltimore, v. 76, p. 56-83, 2002.

DE VOE, J.; SHORT, S. D. A shift in the historical trajectory of medical dominance: the case of Medibank and the Australian doctors' lobby. **Social Science & Medicine**, v. 57, p. 343-353, 2003.

DEBER, R. B. Health care reform: lessons from Canada. **American Journal of Public Health**, v. 93, n. 1, p. 20-24, Jan 2003.

DEL NERO, C. R. O que é economia da saúde? In: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Orgs.). **Economia da Saúde: conceitos e contribuições para a gestão da saúde**. Brasília: IPEA, 1995.

DINIZ, M. **Os Donos do Saber: profissões e monopólios profissionais**. 1995. Tese de Doutorado - Sociologia, Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

\_\_\_\_\_. Estrato Profissional: uma análise comparada entre Brasil e Estados Unidos. In: MEETING OF THE LATIN AMERICAN STUDIES ASSOCIATION, 16-18 mar., Miami. 2000. Disponível em: [<http://136.142.158.105/Lasa2000/MDiniz.PDF>]. Acesso em: 08 dez. 2005.

\_\_\_\_\_. Elites Profissionais: produzindo a escassez no mercado. In: MEETING OF THE LATIN AMERICAN STUDIES ASSOCIATION, 6-8 set., Washington. 2001. Disponível em: [<http://136.142.158.105/Lasa2001/DinizMarli.pdf>]. Acesso em: 2004.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo: Pioneira, 1975.

DRAIBE, S. M. **Welfare State no Brasil: Características e Perspectivas**. Caderno de Pesquisa NEPP, Núcleo de Estudo de Políticas Públicas, Campinas, n. 8, 1993. 57 p. Disponível em: [<http://www.nepp.unicamp.br/Cadernos/Caderno8.pdf>]. Sítio raiz: [<http://www.nepp.unicamp.br>]. (Na versão que tivemos acesso o sobrenome da autora aparece grafado erroneamente como "Driabe". Optamos por utilizar a grafia correta.)

ELIAS, P. E. M. Uma visão do SUS. In: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. (Org.). **O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde (volume 1)**. São Paulo: Atheneu, 2004.

ESCOREL, S. Elementos para análise da configuração do padrão brasileiro de proteção social: o Brasil tem um Welfare State? **Série Sociologia**, Brasília, n. 108, 1993.

\_\_\_\_\_. **Reviravolta na Saúde: origens e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ESTEVAM DE LIMA, E. **Ermírio Estevam de Lima. Depoimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 2004. Formato original da fonte: gravação sonora. Informações Adicionais: Depoimento ao Programa de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. Entrevista concedida em 1995 e constante do acervo "Ética e Institucionalização da Profissão Médica (1927-1957)".

EVANS, R. G. et al. **It's not the money, it's the principle: why user charges for some services and not others?** Discussion Paper: Centre for Health Services and Policy Research 93:16d, University of British Columbia, British Columbia, Dec. 1993.

FACULDADES. Faculdades de Medicina no estado do Rio Grande do Sul. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 373, Out./Dez. 1985.

FAORO, R. **Os donos do poder**. Porto Alegre: Editora Globo, 1978.

FAVERET, P.F; OLIVEIRA, P.J.. A Universalização Excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Dados**, v. 33, n. 2, 1990.

FLEURY, S. M. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: FLEURY, S. M. (Org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. Rio de Janeiro: ABRASCO/Cortez, 1989.

FLEURY, S. M. et al. **Antecedentes da reforma sanitária**. Textos de Apoio PEC/ENSP, ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 1988. 70 p.

FLEURY, S. M.; MENDONÇA, M. H. Reformas sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: FLEURY, S. M. (Org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. Rio de Janeiro: ABRASCO/Cortez, 1989.

FONSECA, A. S. **Aloysio de Salles Fonseca. Depoimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 2004. Formato original da fonte: gravação sonora. Informações Adicionais: Depoimento ao Programa de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. Entrevista concedida em 1986 e constante do acervo "Memória da Assistência Médica da Previdência Social no Brasil".

FONSECA, C. M. O. **Repensando o papel do Estado diante da saúde pública contemporânea**. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, 2000. Disponível em: [www.scielo.br].

FREIDSON, E. **Profession of Medicine: a study of the sociology of applied knowledge**. Chicago: The University of Chicago Press, 1988.

\_\_\_\_\_. **Medical Work in America: Essays on Health Care.** New Haven: Yale University Press, 1989.

FREITAS, A. R.; RESTITUTTI, M. C. **Análise da Distribuição de medicamentos pelos Programas de Assistência Farmacêutica Básica e de Alto Custo Segundo as Condições Socioeconômicas das Populações Atingidas.** Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, Campinas, 2004.

GAGAN, D. For 'Patients of Moderate Means' : the transformation of Ontario's public general hospitals, 1880-1950. In: COBURN,D.;D'ARCY,C.;TORRANCE,G. M. **Health and Canadian society : sociological perspectives.** 3. ed. Toronto: University of Toronto Press Incorporated, 1998. p. 420-437.

GALLO, E.; NASCIMENTO, P. C. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: FLEURY,S. M. (Org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.** Rio de Janeiro: ABRASCO/Cortez, 1989.

GARRETT, L. **Betrayal of Trust: the collapse of global public health.** New York: Hyperion, 2000.

GERSCHMAN, S. **A Democracia Inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GERSCHMAN, S.; SANTOS, M. A. B. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 795-806, 2004.

GIRARDI, S. N. **Aspectos do(s) mercado(s) de trabalho em saúde no Brasil: estrutura, dinâmica, conexões.** Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde – CADRHU, Ministério Da Saúde;Organização Pan-Americana Da Saúde, Brasília, 1997.

\_\_\_\_\_. **Publicação eletrônica [mensagem pessoal].** 26 Mar. 2007. (Mensagem recebida por <joao.tomacheski@gmail.com>).

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. **Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil.** Belo Horizonte, dez. 2002.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L.; GIRARDI JR, J. **Formas institucionais da terceirização de serviços em hospitais da região sudeste do brasil: um estudo exploratório.** Belo Horizonte, dez. 2004.

GRANGEIRO, A. et al. Sustentabilidade da política de acesso a medicamento anti-retrovirais no Brasil. **Rev. de Saúde Pública**, v. 40, p. 60-69, Abr. 2006. Disponível em: [<http://www.scielo.br>].

GREY,C. R. **Carlos Renato Grey. Depoimento.** Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 1997. Informações Adicionais: Depoimento ao Programa de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. Entrevista concedida em 1994 e constante do acervo "Ética e Institucionalização da Profissão Médica (1927-1957)".

GUERRA, R. **Projeto de lei que cria o atendimento diferenciado no SUS. I** ENCONTRO NACIONAL DOS CONSELHOS DE MEDICINA DO ANO DE 2005, mar. 2005, Aracaju. Conselho Federal de Medicina, 2005.

HACKER, J. S. The Historical Logic of National Health Insurance: structure and sequence in the development of British, Canadian, and U.S. medical policy. **Studies in American Political Development**, v. 12, n. 1, p. 57, April 1998.

HAFFERTY, F. W. Physician Oversupply as a Socially Constructed Reality. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 27, n. 4, p. 358-369, dec. 1986. Disponível em: [www.jstor.org].

HARDING, K. Alberta reshapes medicare. **The Globe and Mail**, Toronto, Jan. 03 2006. Disponível em: [www.globeandmail.com].

HEIDENHEIMER, A. J. Análisis Histórico Comparado del Saber Profesional y de las Políticas Estatales: juristas y médicos en Gran Bretaña, Alemania y Estados Unidos. **Revista Internacional de Ciencias Sociales**, v. 41, n. 4, p. 573-600, dez. 1989.

HEUSER, K. **Quebec opens the door to private health care**. CTV news, Toronto, Febr. 17 2006. Disponível em: [http://www.ctv.ca/servlet/ArticleNews/story/CTVNews/20060216/que\_health\_care\_060215]

HIRSCHMAN, A. **Economia e mas ala**. México: Fondo de Cultura Economico, 1968.

\_\_\_\_\_. **Salida, Voz y Lealtad: respuestas al deterioro de empresas, organizaciones y Estados**. México: Fondo de Cultura Economico, 1977.

HODGETTES, J. E. The Civil-Service and Policy Formation. **Canadian Journal of Economics & Political Science**, v. 23, n. 4, p. 467-479, 1957.

HODGETTS, J. E. The Ottawa Men - the Civil-Service Mandarins, 1935-1957. **International Journal**, v. 37, n. 4, p. 636-638, 1982.

HODGETTS, J. E. Public Service - its Past and Challenge of its Future. **Canadian Public Administration- Administration Publique Du Canada**, v. 17, n. 1, p. 17-25, 1974.

IMMERGUT, E. M. As Regras do Jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. **Revista Brasileira Ciências Sociais**, São Paulo, v. 11, n. 30, p. 139-165, fev. 1996.

IVERSEN, T. The effect of a private sector on the waiting time in a national health service. **Journal of health economics**, v. 16, n. 4, p. 381-396, August 1997.

JATENE, A. Ministro é contra novas faculdades. **Jornal da Amrigs**, Porto Alegre, Abr. 1995. p. 14.

JOBERT, B.; MULLER, P. **L'Etat en Action: politiques publiques et corporatismes**. Paris: Presses Universitaires de France, 1987.

JORGE,E. **Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho: entrevista a PEREIRA, Carlos.** Brasília: nov. 1992. Formato original da fonte: fita cassete. Informações Adicionais: Entrevista cedida pelo autor: PEREIRA (1994).

JOURDAN,C. **Carlos Jourdan. Depoimento.** Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 2004. Formato original da fonte: gravação sonora. Informações Adicionais: Depoimento ao Programa de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. Entrevista concedida em 1987 e constante do acervo "Memória da Assistência Médica da Previdência Social no Brasil".

KEENAN, P. **Life Saving or Budget Breaking: Issue Definition and Bureaucratic Decisionmaking in Medicare Coverage of New Technology.** Prospectus, Yale University, New Haven, p. 1-24, Apr. 2003.

KESSEL, R. A. The A.M.A. and the Supply of Physicians. **Law and Contemporary Problems**, v. 35, n. 2 (Health Care: Part 1), p. 267-283, Spring 1970. Disponível em: [www.jstor.org].

KILSZTAJN, S.; CAMARA, M. B.; CARMO, M. S. . Gasto privado com saúde por classes de renda. **Rev. Assoc. Med. Bras**, v. 48, n. 3, p. 258-262, 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br].

LABRA, M. E. Padrões de Formulação de Políticas de Saúde no Chile no Século XX. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, jan. 2000. (edição eletrônica).

LARANJA,F. **Francisco Laranja. Depoimento.** Rio de Janeiro: Fiocruz/ COC, 1991. Formato original da fonte: gravação sonora. Informações Adicionais: Depoimento ao Programa de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. Entrevista concedida em 1986 e constante do acervo "Memória de Manguinhos".

LEÃO,L. J. C. **Lauro Jurandir de Castro Leão. Depoimento.** Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 2004. Formato original da fonte: gravação sonora. Informações Adicionais: Depoimento ao Programa de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. Entrevista concedida em 1986 e constante do acervo "Memória da Assistência Médica da Previdência Social no Brasil".

LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três Dimensões. In: FINKELMAN,J. (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

LIMA,L. V. M. **Luiz Viegas da Motta Lima. Depoimento.** Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 2004. Formato original da fonte: gravação sonora. Informações Adicionais: Depoimento ao Programa de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. Entrevista concedida em 1986 e constante do acervo "Memória da Assistência Médica da Previdência Social no Brasil".

LOPES,H. d. S. **Hugo de Souza Lopes. Depoimento.** Rio de Janeiro: Fiocruz/ COC, 1991. Formato original da fonte: gravação sonora. Informações Adicionais: Depoimento ao Programa de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. Entrevista concedida em 1986 e constante do acervo "Memória de Manguinhos".

LOWI, T. J. American business, public policy, case-studies and political theory. **World Politics**, United States, v. 16, n. 4, p. 677-715, JUL 1964.

LUCCHESI, G. Burocracia e Política de Saúde: arena ou ator social? In: FLEURY, S. M. (Org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. Rio de Janeiro: ABRASCO/Cortez, 1989. p. 157-180.

LUZ, M. T. **Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930)**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MACHADO, D. **Domingos Machado. Depoimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ COC, 1991. Formato original da fonte: gravação sonora. Informações Adicionais: Depoimento ao Programa de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. Entrevista concedida em 1986 e constante do acervo "Memória de Manguinhos".

MADORE, O. **The Canada Health Act: Overview and Options**. Parliamentary Research Branch of The Library of Parliament: Economics Division, Library of the Parliament of Canada, Ottawa, p. 1-23, may 2004.

MAIONI, A. Parting at the Crossroads: the development of health insurance in Canada and the United States, 1940-1965. **Comparative Politics**, New York, v. 29, n. 4, p. 411-31, jul. 1997. Disponível em: [www.jstor.org].

\_\_\_\_\_ Le système de santé américain: le remède au mal canadien? Entrevista. **McGillNews**, Montreal, v. 80, n. 1, Spring 2000. Disponível em: [http://www.mcgill.ca/news/2000/spring/maioni/]. Sítio Raiz: [http://www.mcgill.ca/news].

MALLOY, J. M. Social Security Policy and the Working Class in the Twentieth-Century Brazil. **Journal of Interamerican Studies and Global Affairs**, v. 19, n. 1, fev. 1977. Disponível em: [http://www.jstor.org/].

\_\_\_\_\_ **Política de previdência social no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

MANSUR, M. C. **O Financiamento Federal Da Saúde no Brasil: Tendências da Década de 1990**. 2001. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

MARIANO, N. A Farmácia chamado judiciário. **Zero Hora**, Porto Alegre, 21 Mar. 2004a.

\_\_\_\_\_ Paraibano encontrou garantia de tratamento em Porto Alegre. **Zero Hora**, Porto Alegre, 21 Mar. 2004b.

\_\_\_\_\_ Remédios raros consomem 25% da verba da Saúde. Porto Alegre, 21 Mar. 2004c.

MARMOR, T. R.; OKMA, K. G. H.; LATHAM, S. R. National Values, Institutions, and Health Policies: What do they imply for [canadian] Medicare reform? In: MARMOR, T. R. et al. **Whither health care policy? : U.S., Canadian, and European perspectives**. Orono, ME: Canadian-American Center, 2002. p. 16-38.

MARMOR, T. R. **The politics of Medicare**. [Rev. American ed.] ed. Chicago: Aldine Pub. Co., 1973.

MEDEIROS, A. **Algy de Medeiros. Depoimento.** Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 2004. Informações Adicionais: Depoimento ao Programa de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. Entrevista concedida em 1987 e constante do Acervo "Memória da Assistência Médica da Previdência Social no Brasil".

MEDICI, A. C. **O Desafio da Descentralização: financiamento público da saúde no Brasil.** Washington: Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, 2002.

MÉDICI, A. C. Características sócio-econômicas e tendências nos anos recentes. In: MACHADO, M. H. **O Mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - ENSP, 1992. p. 49-62.

MELLO, C. G. Saúde e assistência médica no Brasil. In: Saúde e assistência médica no Brasil. In: São Paulo: CEBES, 1977.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS - tomo I.** Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MERCADANTE, O. A. Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MHATRE, S. L.; DEBER, R. B. From Equal Access to Health Care to Equitable Access to Health: a Review of Canadian Provincial Health Commissions and Reports. In: COBURN, D.; D'ARCY, C.; TORRANCE, G. M. **Health and Canadian society : sociological perspectives.** 3. ed. Toronto: University of Toronto Press Incorporated, 1998. p. 459-484.

MICELI, Sergio. Os intelectuais e o Estado. In: MICELI, Sergio. **Intelectuais a brasileira.** São Paulo: Cia das Letras, 2001.

MULLER, P. **Les politiques publiques.** Paris: Presses Universitaires de France, 1990.

MUTIZWA MANGIZA, D. **Doctors and the State: the struggle for professional control in Zimbabwe (The making of modern Africa).** Vermont: Ashgate Publishing Company, 1999.

MYLES, J. When Markets Fails: social welfare in Canada and the United States. In: ESPING-ANDERSEN, G. (Org.). **Welfare States in Transition.** London: SAGE Publications, 1996.

NASCIMENTO, Á. **História da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** História das Conferências Nacionais de Saúde Online - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003. 11 p.

NASSIF, A. C. N. Lista de Procedimentos Médicos da AMB. **Jornal da Amrigs,** Porto Alegre, Jun. 1997. p. 4.

NAYLOR, C. D. **Private practice, public payment.** Montreal: McGill-Queen's University Press, 1986.

NAZARETH, A. A. Desvantagens e vantagens da socialização da Medicina. **Revista Paulista de Medicina,** São Paulo, v. 39, n. 2, ago. 1951.

NEMNI, M.; NEMNI, M. **Trudeau, fils du Québec, père du Canada**. Montréal: Éditions de l'Homme, 2006.

NOGUEIRA, R. P. A força de trabalho em saúde no contexto da Reforma Sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 332-342, Jul./Set. 1987.

NORONHA, J. C. **José Carvalho Noronha. Depoimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 1987. Formato original da fonte: gravação sonora. Informações Adicionais: Depoimento ao Programa de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. Entrevista concedida em 1987 [1987 ou 1988] e constante do acervo "Constituição de Acervo sobre a Elaboração e Implementação das Políticas Prioritárias do INAMPS:1985-1988".

\_\_\_\_\_. **José Carvalho Noronha: entrevista a PEREIRA, Carlos**. Rio de Janeiro: nov. 1992. Formato original da fonte: fita cassete. Informações Adicionais: Entrevista cedida pelo autor: PEREIRA (1994).

NUNES, E. **A gramática política do Brasil**. Brasília: ENAP/Jorge Zahar, 1997.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **A saúde no Brasil: 1998**. Organização Pan-Americana De Saúde, Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_. **Financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil**. Série Técnica 4: Projeto de desenvolvimento de sistemas serviços de saúde, 2003a.

\_\_\_\_\_. **Leitos por habitantes e médicos por habitante**. mar. 2003b. Disponível em: [www.opas.org.br/sistema/fotos/leitos.pdf]. Sítio raiz: [www.opas.org.br].

PAIM, J. S. Prefácio. In: ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origens e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

PECAUT, Daniel. **Os Intelectuais e a Política no Brasil: entre o povo e a nação**. São Paulo: Editora Ática, 1990.

PEREIRA NETO, A. F. **Ser Médico no Brasil: o presente no passado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

PEREIRA, C. **A Política Pública como Caixa de Pandora: organização de interesses, processo decisório e efeitos perversos na Reforma Sanitária Brasileira (1985-1989)**. 1994. Dissertação de Mestrado - Sociologia, Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, Pernambuco, 1994.

\_\_\_\_\_. A Política Pública como Caixa de Pandora: organização de interesses, processo decisório e efeitos perversos na Reforma Sanitária brasileira - 1985-1989. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 39, 1996. Disponível em: [http://www.scielo.br].

\_\_\_\_\_. **O Marco Regulatório do Setor de Saúde Suplementar: contextualização e perspectiva**. Fórum de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro, 2003. 23 p. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT\_AR\_1\_CPereira\_%20MarcoRegulatorio.pdf]. Sítio raiz: [http://www.ans.gov.br].

PESTANA, M. Farmácia popular - avanço ou equívoco? **O Estado de S. Paulo**, São Paulo, 07 Mai. 2005.

PETERS, G. B. The Problem of Bureaucratic Government. **The Journal of Politics**, v. 43, n. 1, p. 56-82, Feb. 1981. Disponível em: [www.jstor.org].

PINTO, L. **Pierre Bourdieu e a teoria do mundo social**. Rio de Janeiro: FGV, 2001.

PLANOS. Planos perdem 5 milhões de clientes em 6 anos. **O Estado de S. Paulo**, São Paulo, 15 Fev. 2006.

PORTER, J. A. **The vertical mosaic: an analysis of social class and power in Canada**. Toronto: University of Toronto Press, 1965. 626 p.

PRÉMONT, M. **The Canada Health Act and the future of health care systems in Canada**. Discussion Paper: Commission on the Future of Health Care in Canada, Saskatchewan, n. 4, July 2002. 29 p. Disponível em: [www.hc-sc.gc.ca/english/pdf/romanow/pdfs/4\_Premont\_1E.pdf]. Sítio raiz: [www.hc-sc.gc.ca].

PRESTHUS, R. V. **Elites in the policy process**. London; New York: Cambridge University Press, 1974. 525 p.

RACHLIS, M. **Prescription for excellence : how innovation is saving Canada's health care system**. Toronto: Harper Collins Publishers Ltd., 2004.

RAPPOLT, S. G. **In the Name of Science: the effects of Clinical Guidelines Movement on the autonomy of the medical profession in Ontario**. 1996. Tese de doutorado - Department of Community Health, University of Toronto, Toronto, 1996.

RECH, N. **Principais Gastos do Ministério da Saúde com Medicamentos**. Ministério da Saúde, Brasília, 2005.

RODRIGUEZ NETO, E. **Eleutério Rodriguez Neto: entrevista a PEREIRA, Carlos**. Brasília: nov. 1992. Formato original da fonte: fita cassete. Informações Adicionais: Entrevista cedida pelo autor: PEREIRA (1994).

\_\_\_\_\_ **Saúde: Promessas e limites da Constituição**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ROEMER, M. I. On paying the doctor and Implications of Different methods. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 3, n. 1, p. 4-14, Spring 1962.

\_\_\_\_\_ Welfare-Oriented Health Systems in Transitional Countries of Latin America. In: ROEMER, M. I. **National Health Systems of the world (volume 1)**. New York: Oxford University Press, 1991.

\_\_\_\_\_ **National Health Systems of the world (volume 2)**. New York: Oxford University Press, 1991b.

ROSA BORGES, D. Socialização da Medicina. **Revista Paulista de Medicina**, São Paulo, v. 39, n. 2, ago. 1951.

SANTOS, I. S.;QUINHOES, T. A. **Transformações no processo de gestão da saúde no Brasil**. VIII CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 28 a 31 Out., Panamá. 2003.

SANTOS, W. G. **Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SANTOS,R. C. L. F. **Nota Técnica 52/2001: Evolução dos Gastos Sociais Federais no Período 1992/2000**. Senado Federal: Brasília, 18 Set. 2001.

SARROUH, E. Social policies in Canada: a model for development. **United Nations - Social Policy Series**, New York, n. 1, 2002. 95 p.

SAVOIE, D. The Rise of Court Government in Canada. **Canadian Journal of Political Science /Revue canadienne de science politique**, v. 3, n. 4, p. 635-664, Dec. 1999.

SCHMITTER, P. C. **Interest Conflict and Political Change in Brazil**. 1968. Tese de doutorado - Comparative Politics, University of California at Berkeley, Berkeley, 1968.

\_\_\_\_\_ **Trends Toward Corporatist Intermediation**. London: SAGE Publications, 1979.

\_\_\_\_\_ **Private Interest Government: beyond market and State**. London: SAGE Publications, 1985.

SCHWARTZMAN, S. **Bases do autoritarismo brasileiro**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

SCOTT, J. C. Resistance without Protest and without Organization: peasant opposition to the Islamic Zakat and the Christian Tithe. **Comparative Studies in Society and History**, v. 29, n. 3, p. 417-452, Jul. 1987. Disponível em: [www.jstor.org].

SÉGUIN, R. Quebec opens door to private health care. **The Globe and Mail**, Toronto, Febr. 17 2006. Disponível em: [www.globeandmail.com].

SIBBALD, B. A shortage of doctors? What shortage? **Canadian Medical Association Journal**, v. 164, n. 6, p. 857, 2001. Disponível em: [www.cmaj.ca/content/vol164/issue6/].  
Sítio Raiz: [www.cmaj.ca].

SICILIANI, L.; HURST, J. Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparative analysis of policies in 12 OECD countries. **Health Policy**, v. 72, p. 201-215, 2005. Disponível em: [www.elsevier.com].

SIGELMAN, L.; VANDERBOK, W. G. Legislators, Bureaucrats, and Canadian Democracy: The Long and the Short of It. **Canadian Journal of Political Science /Revue canadienne de science politique**, v. 10, n. 3, p. 615-623, sep. 1977. Disponível em: [www.jstor.org].

SILVA, H. P. **SUS: a Questão do Financiamento nas Propostas de Universalização e Descentralização da Saúde**. Monografia n. 3, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas - NEPP, Campinas, 2003a.

SILVA, P. L. B. **Serviços de Saúde: o dilema do sus na nova década**. São Paulo em Perspectiva, v. 17, n. 1, p. 68-95, 2003b.

SILVA, P. L. B.; Melo, M. A. B. C. **O Processo de Implementação de Políticas Públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos.** Caderno de Pesquisa NEPP, Núcleo de Estudo de Políticas Públicas - NEPP, Campinas, n. 48, 2000. 17 p. Disponível em: [<http://www.nepp.unicamp.br/Cadernos/Caderno48.pdf>]. Sítio raiz: [<http://www.nepp.unicamp.br>].

SKOCPOL, T. **Boomerang: health care reform and the turn against government.** New York: W W Norton & Company, 1997.

SOKOLOVSKY, J. The Making of National Health Insurance in Britain and Canada: institutional analysis and its limits. **Journal of Historical Sociology**, United Kingdom, v. 11, n. 2, p. 247-280, June 1998.

STARR, P. **The social transformation of American medicine.** New York: Basic Books, 1982. 514 p.

STEINMO, S. American Exceptionalism Reconsidered: culture or institutions? In: DODD,L.;JILSON,C. (Eds.). **The Dynamics of American Politics: approaches and interpretations.** Boulder: Westview Press, 1994. Disponível em: [<http://stripe.colorado.edu/~steinmo/DODDJIL.htm>]. Sítio raiz: [<http://stripe.colorado.edu>]. (Foi utilizado uma versão eletrônica, preliminar, dessa referência disponibilizada pelo autor na internet).

STEINMO, S.; WATTS, J. It's the institutions, stupid! Why comprehensive national health insurance always fails in America. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, Durham, v. 20, n. 2, summer 1995.

TANAKA, O. Y.; ROSENBERG, C. P. Análise da utilização pela clientela de uma unidade ambulatorial da Secretaria da Saúde do Município de São Paulo, SP. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 60-68, fev. 1990.

TAYLOR, M. G. The role of the medical profession in the formulation and execution of public policy. **Canadian public administration**, v. 3, n. 3, p. 233, 1960.

\_\_\_\_\_. **Health insurance and Canadian public policy: the seven decisions that created the Canadian health insurance system.** Montreal: McGill-Queen's University Press, 1978.

TAYLOR, W. D.; WARRACK, A. A. Privatization of state enterprise: policy drivers and lessons learned. **International Journal of Public Sector Management**, v. 11, n. 7, p. 524-535, 1998. Disponível em: [<http://www.vathek.com/ijpsm/index.shtml>].

THAROOR, S. Litigious America. **Newsweek**, New York, 30 jul. 2001.

TOMACHESKI, J. A. **O Nominal e o Real: crescimento do mercado universitário e gestão corporativa do título de médico.** 1998. Dissertação em Ciência Política, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1998.

\_\_\_\_\_. **O Nominal e o Real: crescimento do mercado universitário e gestão corporativa do título de médico.** **Cadernos de Ciência Política - UFRGS**, Porto Alegre, v. 4, p. 16-34, 2000.

TORRANCE, G. M. Socio-Historical Overview: The Development of the Canadian Health System. In: COBURN,D.;D'ARCY,C.;TORRANCE,G. M. **Health and Canadian society :**

**sociological perspectives**. 3. ed. Toronto: University of Toronto Press Incorporated, 1998. p. 3-22.

TUOHY, C. H. Medicine and the State in Canada - the Extra-Billing Issue in Perspective. **Canadian Journal of Political Science /Revue canadienne de science politique**, v. 21, n. 2, p. 267-296, 1988.

\_\_\_\_\_**Accidental Logics: The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain, and Canada**. New York: Oxford University Press, 1999.

UGA, M. A. D.; SANTOS, I. S. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1597-1609, Ago. 2006.

VASCONCELOS, C. M. **Atores e interesses na implementação da reforma sanitária no Rio grande do norte**. 1997. Dissertação de mestrado - Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 1997.

VIANNA, S. M. Racionalidade econômica e qualidade de vida: o caso do financiamento de saúde. In: GOLDENBERG,P. **Clássico e o novo: tendência e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

WALKOM, T. Medicare critic turns on charm, turns up rhetoric. **Toronto Star**, Toronto, Jun. 3 2006. Disponível em: [www.thestar.com].

WALLACE, E. The Origin of the Social Welfare State in Canada, 1867-1900. **The Canadian Journal of Economics and Political Science**, Toronto, v. 16, n. 3, p. 383-393, Aug. 1950.

WEBER, M. GERTH,H. H.;WRIGHT MILLS, C. (Orgs). **Ensaio de Sociologia**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1963a.

\_\_\_\_\_**A política como vocação**. In: GERTH,H. H.;WRIGHT MILLS, C. (Orgs). **Ensaio de Sociologia**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1963b.

\_\_\_\_\_**COHN,G. Max Weber: Sociologia**. São Paulo: Atica, 1981a.

\_\_\_\_\_**Ética protestante e o espírito do capitalismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 1981b.

\_\_\_\_\_**Economía y Sociedad**. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1994.

WHYTE, M. Doctors heed the call of the West. **Toronto Star**, Toronto, Jun. 17 2006. Disponível em: [www.thestar.com/].

WILLIAMS, A. P.; DOMNICK, K.; VAYDA, E. Women in Medicine: toward a conceptual understanding of the potential for change. In: COBURN,D.;D'ARCY,C.;TORRANCE,G. M. **Health and Canadian society : sociological perspectives**. 3. ed. Toronto: University of Toronto Press Incorporated, 1998. p. 347-358.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Report 2006: working together for Health**. World Health Organization: Geneva, 2006. Disponível em: [<http://www.who.int/whr/2006/en/>].

ZOLF, L. The Unelected Bureaucracy. **CBC News**, 28 Jan. 2002. CBC News Viewpoint, p. (edição eletrônica). Disponível em: [[http://www.cbc.ca/news/viewpoint/vp\\_zolf/20020128.html](http://www.cbc.ca/news/viewpoint/vp_zolf/20020128.html)].