A privatização e universalização excludente e o modelo de atenção à saúde no Brasil.

Luzia A. Urbano ¹

INTRODUÇÃO

Este trabalho refere-se às políticas de saúde no Brasil e às reformas das décadas de 80 e 90 abrangendo a construção do Sistema Único de Saúde e a privatização¹ do setor.

Partimos do pressuposto de que o modelo privatista de atenção à saúde que vem se implantando há algumas décadas no Brasil, aprofundou-se nos anos 90, graças à ideologia neoliberal predominante e não se mostrou eficiente no atendimento das necessidades de saúde do país, sobretudo devido à lógica da lucratividade que fundamenta a oferta desses serviços.

Outros pressupostos embasaram a construção deste trabalho:

- a privatização da saúde ocasiona um incremento nos gastos públicos porque os prestadores de serviços privados no Brasil são subsidiados pelo Estado, sem a contrapartida da melhoria do atendimento e/ou da execução da integralidade das ações de saúde;
- os investimentos estatais na construção e modernização dos serviços privados de saúde não garantem aos usuários do SUS o acesso a esses serviços, mesmo em caso de convênio;

¹ Doutora em Sociologia, Professora Visitante do Núcleo de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem – NPGEN da Universidade Federal de Sergipe.

- os procedimentos de alto custo bem como o atendimento de doenças pré-existentes e aquelas excluídas da cobertura, que constam das diversas modalidades de seguro privado, são atendidos e pagos pelos serviços públicos de saúde.

O modelo de saúde vigente, mesmo após a criação do SUS, é predominantemente individual, curativo, hospitalocêntrico, com ofertas de tecnologias avançadas e acesso restrito para a maioria da população.

Tivemos por objetivo reconstruir, historicamente o processo de privatização e de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), seus avanços, retrocessos, contradições e interferências no atendimento da população usuária.

Este artigo faz parte de um capítulo da minha tese de doutoramento em Sociologia², cuja pesquisa foi efetuada no município de Ribeirão Preto. Entretanto, apesar do estudo ter sido realizado em um município específico os fatores determinantes do modelo de atenção à saúde decorrem do modelo de Estado e das políticas públicas brasileiras. As análises efetuadas no Município podem ser aplicadas às outras realidades do país.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Tivemos como proposta, neste trabalho, a reconstrução interpretativa do processo de implantação do SUS e da privatização da saúde em um município específico, visando apreender a totalidade concreta do objeto estudado, a partir da análise dos fenômenos sociais a ele ligados, que nos foi possível conhecer. Nosso objetivo foi descobrir as determinações essenciais que podem explicar as práticas dos atores envolvidos com a gestão, produção, execução e consumo dos serviços de saúde, as formas de interação que se estabelecem entre esses atores, entre eles e o Estado, em decorrência dos vários níveis de participação política.

Selecionamos como linha teórica norteadora da investigação da política de saúde os fundamentos teóricos de OFFE (1984) para analisar o papel regulador do Estado capitalista na implantação, desenvolvimento e reformas dessa política, e as relações entre Estado e socie-

dade. Apesar desse autor estudar essas relações em países de capitalismo avançado, elas reproduzem-se em países como o Brasil, devendo entretanto ser consideradas nessas análises as especificidades da formação do Estado brasileiro que conformaram o modelo de políticas públicas e as relações entre Estado/Sociedade.

Segundo ele: "Há uma seletividade das instituições políticas pela qual determinadas demandas se traduzem em problemas e conseqüentemente em políticas". Um sistema de filtros interligados a interesses de classes não visíveis estabelecem decisões quanto à exclusão ou atendimento ou, ainda, alterações das prioridades das demandas. As demandas que chegam ao Estado recebem um tratamento funcional pela sua burocracia, que tem, de modo autônomo, as suas percepções dos problemas e de suas clientelas, podendo interferir no atendimento dessas demandas.

Focalizamos, no processo estudado, a ação dos vários atores sociais envolvidos com a questão da saúde, ou seja, gestores, consumidores, produtores, médicos, sindicatos, e sua atuação como geradores de demanda, podendo esses se constituírem em grupos de pressão e ocasionarem alterações nas decisões e implementações na política de saúde do município. Não podemos ignorar, todavia, as determinações mais globais sobre o problema investigado que interferem nas decisões locais.

Para desenvolver esta investigação, além de fundamentá-la em uma bibliografia diversificada, direta ou indiretamente vinculada à temática, adotamos as seguintes estratégias:

1. realização de entrevistas com diretores e/ou administradores das principais empresas do setor privado de saúde do município;
2. realização de entrevistas com médicos prestadores de serviços nas empresas do setor privado de saúde;
3. entrevista com médico representante do Conselho Regional de Medicina;
4. realização de entrevistas com diretores de sindicatos do município;
5. realização de entrevistas com usuários do setor privado de saúde;
6. realização de entrevista com o assessor técnico do Secretário Municipal da Saúde, o diretor Técnico do Departamento de Saúde da Divisão Regional de Saúde 18 (DIR 18), o ex-coordenador

da Macro-região de Saúde de Ribeirão Preto e o assessor técnico da DIR 18;

7. realização de entrevistas com o diretor do Departamento de Avaliação e Controle da Secretaria Municipal da Saúde;
8. participação nas reuniões mensais do Conselho Municipal de Saúde como munícipe, visando a conhecer a ação do controle social;
9. análise de documentos - Leis e Portarias que regulamentam o Sistema Único de Saúde no nível nacional, estadual, municipal e o setor privado, a articulação público/privado, as alterações legislativas havidas após a Constituição de 88;
10. participação de eventos relacionados à temática³³.

A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E AS REFORMAS DAS DÉCADAS DE 80 E 90

A investigação sobre o tema saúde leva-nos a refletir sobre a complexidade dos fatores intervenientes na priorização e execução das políticas sociais e da dependência dessas políticas do modelo econômico-político implantado no país.

O estudo das políticas de proteção social no Brasil e da política de saúde em particular mostra-nos que, desde meados da década de 60, vem ocorrendo o processo de privatização da saúde com o patrocínio do Estado.

Um levantamento histórico dessa questão explicita que, sobretudo a partir da década de 60, grandes investimentos foram feitos pelo Estado na construção e modernização dos hospitais privados e na compra de equipamentos de alta tecnologia em detrimento dos hospitais e serviços próprios que, gradativamente, tornaram-se sucateados, conduzindo o Sistema Único de Saúde a uma dependência cada vez maior dos serviços privados principalmente no que se relaciona ao atendimento no nível secundário e terciário.

Essa dependência foi maximizada, especialmente, a partir dos meados dos anos 60, com a adoção da compra de serviços privados de saúde introduzida pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Atualmente, ou seja, no fim da década de 90, a maioria dos municípios brasileiros, (com exceção das capitais e de algumas cidades médias, que dispõem de hospitais e serviços públicos de saúde além dos serviços conveniados) depende do setor privado conveniado sem a garantia do atendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no nível secundário e terciário. A oferta de leitos e serviços para o atendimento do SUS pelo setor privado conveniado está diretamente ligada a interesses empresariais, que priorizam a oferta dos seus serviços às empresas médicas que oferecem maior lucratividade, a exemplo do que ocorre em Ribeirão Preto. Segundo dados de 1997 da Secretaria Municipal da Saúde houve uma diminuição de 163 leitos contratados pelo SUS.

No país, a rede pública hospitalar perdeu 5.929 leitos nos últimos seis anos. O SUS tinha à disposição em 1992, 496 mil leitos o que correspondia a 3,32 leitos por mil habitantes. Em 1998, esse número decresceu para 490 mil leitos por mil habitantes, segundo BURMESTER (1998) do Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistema de Saúde. Em vista disso, os usuários do Sistema Único de Saúde têm sido penalizados com a espera por longos meses para o atendimento dos seus problemas de saúde, em decorrência da diminuição de ofertas de leitos e serviços.

O Ministério da Saúde sofreu cortes no orçamento conforme afirmam os dados apresentados por Carvalho (1998): - a Lei de Diretrizes Orçamentárias determinou que o seu orçamento para 1998 fosse R\$ 20,4 bilhões igual a 1997. O executivo preparou um orçamento de R\$ 19,5 bilhões e o presidente bloqueou R\$ 1,9 bilhão, caindo então o orçamento para R\$ 17,6 bilhões.

As políticas de ajuste estrutural fomentados pelo Fundo Monetário Internacional e pelo Banco Mundial na América Latina, incluindo o Brasil, nos anos 90, levaram à redução dos investimentos públicos nas áreas sociais e, no caso específico, da saúde. Segundo MENDES (1996), os gastos do Ministério da Saúde no período de janeiro a novembro de 1995 foram: 56,60% para a assistência médica, 2,40% para o controle de doenças transmissíveis, 0,53% para alimentação e nutrição e 0,02% para vigilância sanitária. É notório que investimentos na área preventiva solucionam aproximadamente 90% dos problemas

de saúde e o agravamento desses problemas leva a tratamentos mais complexos e onerosos, sendo que os procedimentos de alto custo, pagos pelo SUS, com muita frequência são apropriados pelos usuários dos planos privados de saúde em detrimento da maioria da população.

Com o objetivo de minimizar os problemas decorrentes desses cortes, o Banco Mundial tem proposto nesses países o aumento da eficiência dos serviços públicos e mudanças na articulação público/privado referentes ao sistema de saúde, com vistas à privatização como forma de diminuir gastos públicos.

Ao mesmo tempo que ocorrem os cortes nos gastos dos serviços públicos de saúde, o Estado efetua investimentos no setor privado lucrativo e filantrópico através de programas tais como: Pró-Saúde (de 91)⁴, Reforsus (de 96)⁵, entre outros financiamentos, com empréstimos do Banco Mundial.

Esses investimentos orientam-se pelos pressupostos do Banco Mundial de que a ampliação da privatização dos serviços de saúde conduziria à diminuição dos gastos públicos e melhoria da qualidade de atendimento. Os trabalhos consultados que analisam as políticas de saúde na década de 90: POSSAS (1995), LAURELL (1995), FLREURY (1995), COHN (1997) mostram uma realidade diversa dos pressupostos do Banco Mundial. Na opinião desses pesquisadores, a privatização desses serviços ocasiona um incremento nos gastos públicos, porque os prestadores de serviços privados, no Brasil e em muitos países da América Latina, são subsidiados pelo Estado sem a contrapartida da melhoria da qualidade do atendimento.

O termo "qualidade" refere-se à integralidade das ações preventivo-curativas e de reabilitação em saúde englobando também as diversidades epidemiológicas regionais e emergentes com as mudanças na conformação da pirâmide populacional, ou seja, com o aumento da expectativa de vida.

A agenda neoliberal impulsiona a privatização ao reduzir uma série de benefícios sociais, argumentando que a saúde é um empreendimento muito caro para ser assumido pelo setor público. As atividades ligadas à saúde constituem uma atividade econômica de crescente importância, com grande participação no Produto Interno Bruto (PIB) de vários países latino-americanos, chegando em alguns casos a

igualar-se à participação de alguns ramos industriais como, por exemplo no México, em que a sua participação é semelhante à indústria petrolífera, a mais importante do país, representando 3% do PIB.

Essa realidade atrai investidores por envolver muito dinheiro e acenar como uma grande fonte de acumulação de capital. O debate em torno da necessidade de reformular o modelo de atenção à saúde vigente no Brasil, centrado em práticas curativas, individuais, privilegiando o produtor privado, acentua-se no fim da década de 70, com a VII Conferência Nacional de Saúde, que inspirou o Plano Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE). Esse plano, por pressão do setor privado, não foi implantado por ter sido considerado estatizante.

Na década de 80, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP)⁶, criado por decreto em 1981, propôs medidas racionalizadoras dos gastos da assistência médica, em decorrência da crise financeira da Previdência Social. Essas medidas concretizaram-se nas Ações Integradas de Saúde (AIS), elaboradas em 1982.

Essa corrente racionalizadora possibilitou a atuação dos ideólogos da Reforma Sanitária que defendiam, e ainda defendem, reformulações estruturais do sistema de saúde. Na nova República, profissionais da saúde e de outras áreas, afinados com as propostas da Reforma Sanitária⁷, ocuparam importantes cargos no Ministério da Saúde e Previdência Social, estabelecendo novas diretrizes à política de saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986, num clima de grandes esperanças e com intensa participação dos setores organizados da sociedade, foi um marco importante na elaboração de um conjunto de princípios para a Reforma Sanitária. Em agosto de 1986 foi criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária para dar seqüência às proposições daquela Conferência.

Os avanços ocorridos no período, a partir das AIS, Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e Sistema Único de Saúde (SUS), foram frutos de um movimento social que lutava pela democracia e acabou por imprimir um caráter reformador à Constituição de 1988. No entanto, após outubro daquele ano, essas forças desmobilizaram-se, e as conquistas democráticas na área da saúde

sofreram um retrocesso com o aprofundamento da gestão conservadora que ascendeu ao poder.

No governo Collor houve uma "recentralização" da gestão do SUS, comprometendo a autonomia da gestão municipal, iniciada com as AIS, e interferindo na unidade de comando das esferas estaduais e municipais. A maior parte dos recursos do SUS, centralizados no INAMPS, passou a ser repassada diretamente aos prestadores de serviço através de pagamento por procedimentos ambulatoriais e hospitalares.

A ausência de controle do repasse desses recursos conduziu a superfaturamentos e fraudes a exemplo de outros momentos da história previdenciária. Convém registrar que os repasses de recursos da saúde para estados e municípios dependem ainda de negociação política, ocasionando entraves ao processo de descentralização das ações de saúde e conseqüentemente da implantação do SUS, para o atendimento das especificidades epidemiológicas e sanitárias regionais da população brasileira.

Paralelamente aos avanços e retrocessos do movimento comprometido com a implantação dos princípios constitucionais da seguridade social, que apontam para a democratização, descentralização e controle social das políticas sociais, o setor privado de saúde fortaleceu-se e organizou-se, buscando novas estratégias de integração ao mercado. Ao mesmo tempo que permanecia vinculado ao sistema público de saúde, através dos convênios para a prestação de serviços, principalmente no nível secundário e terciário, usufruía dos investimentos estatais para a modernização das suas empresas.

Entretanto, a apropriação dos recursos públicos e privados de saúde, sendo esses últimos constituídos em grande parte graças aos investimentos estatais, obedece à distribuição perversa ao priorizar o atendimento de segmentos da população vinculados aos planos de saúde privados. Os hospitais conveniados com o SUS também mantêm convênio com os planos privados de saúde. Os recursos oferecidos pelo SUS através desses convênios são usufruídos prioritariamente pelos usuários dos planos privados, sobretudo aqueles de alta tecnologia, propiciando tratamentos que, de maneira geral, não são cobertos pelos planos privados.

Nessa fase inicial de regulamentação dos planos privados, o SUS não dispõe de mecanismos efetivos de controle da utilização desses recursos, conforme verificamos na pesquisa no município de Ribeirão Preto. Implantou-se, então, um modelo público de saúde de “universalização excludente” integrado ao setor privado com financiamento estatal.

O termo “universalização da saúde” refere-se ao conteúdo do Artigo 196, Seção II - Da Saúde, da Constituição de 1988.

“A Saúde é direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e equilíbrio às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Esses princípios orientaram a construção do SUS. A universalização é “excludente” por contrariar esses princípios, ou seja, a expansão da universalização do Sistema de Saúde ocorreu concomitantemente com a exclusão de segmentos sociais médios e do operariado qualificado de determinados níveis da atenção pública. Entretanto, pudemos constatar em uma pesquisa empírica efetuada no município de Ribeirão Preto, que esses segmentos vincularam-se a planos privados de saúde e detêm a prioridade na apropriação de recursos públicos para atendimento de alta complexidade, que são ofertados pelos hospitais privados conveniados com o SUS, conforme foi afirmado.

Os planos de saúde cobrem aproximadamente 35 milhões de brasileiros, constituindo o subsistema de atenção médica supletiva segundo Mendes (1996), restando para a cobertura do SUS em torno de 120 milhões de pessoas.

Os cortes efetuados pelo Estado nas áreas sociais e, ao mesmo tempo, o oferecimento de investimentos de recursos públicos subsidiados ou a custo zero, ao setor privado de saúde, seguramente conduzirão ao agravamento das condições sócio-sanitárias do país, pela ampliação das endemias, devido à falta de controle dos vetores, do meio ambiente e de outras ações preventivo-curativas.

Acreditamos na possibilidade do funcionamento efetivo do Sistema Único de Saúde, desde que se construa uma nova consciência sanitária e política e se adotem novas formas de gerir e de produzir saúde. O modelo neoliberal dominante fundamenta-se na oferta da mercadoria "plano de saúde" como a solução ideal para o atendimento das necessidades de saúde da população.

Entendemos que a saúde decorre de determinações estruturais e conjunturais, não solucionável apenas com a consulta médica oferecida por empresas médicas e com a redução do atendimento a ações básicas oferecidas pelos serviços públicos sem a devida garantia de acesso a níveis de maior complexidade. A garantia de acesso à saúde e a outros bens sociais decorre de um modelo de desenvolvimento econômico e político e de práticas que contemplem a oferta de emprego ou outras formas de subsistência, educação, habitação, proteção ambiental, através de controle de poluentes, destino de dejetos, lixo doméstico e industrial e de vetores causadores de doenças.

As tendências de cunho neoliberal que orientam as políticas para o sistema de proteção à saúde no Brasil, como também outras políticas sociais, estão conduzindo à inviabilização do SUS pelo distanciamento de suas proposições de universalização e integralidade das ações, como, atendimento em nível primário, secundário e terciário.

MELO (1993, :119) estudando as causas do fracasso das reformas sociais na Nova República, na década de 80, (atenção à saúde, previdência social e habitação), privilegia em sua análise "os mecanismos de intermediação de interesses" na formulação de políticas, sobretudo a sua dimensão organizacional. Tais mecanismos intervêm no processo decisório dessas políticas, tendo em vista as especificidades organizacionais e fatores contingentes de cada caso.

Os estudos empíricos locais e/ou regionais possibilitam uma apreensão mais detalhada do funcionamento desses mecanismos e suas interferências na viabilização dessas políticas, porque, dependendo da conjugação de forças políticas locais e entre as duas instâncias do poder (estado e município), corre-se o risco de constituir-se um campo de atritos, podendo interferir no repasse de verbas para a implantação e funcionamento dos serviços e projetos e mesmo inviabilizá-

los, como ocorreu em alguns municípios, com a implantação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS).

A área da saúde é extremamente dependente da alocação de recursos, e isso a torna mais vulnerável às manipulações clientelistas. O SUDS sofreu a ação de vários grupos de resistência ao longo do processo de sua implantação: os empresários da medicina de grupo representados pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), da Federação Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (FENAESS), e da Burocracia central do INAMPS.

O complexo médico-hospitalar, com a implantação do SUDS, viu seus interesses prejudicados pela ênfase nas medidas preventivas e na dotação de maior parcela de recursos nessa área incorporados prioritariamente às instituições públicas e filantrópicas para a execução dos atendimentos. Com a descentralização da saúde deslocava-se também o centro de decisões dos seus interesses corporativos. Para o INAMPS, a transferência do quadro de pessoal para os estados representava a perda de *status* e renda, o mesmo ocorrendo com o seu quadro burocrático.

A reforma da política de saúde processa-se nessa área de conflitos, de onde emergiram grupos de interesses em campos opostos: empresários de hospitais privados, funcionários e usuários dos serviços, cada qual buscando defender os seus interesses.

Os grupos organizados dos complexos empresariais do setor ofereceram forte resistência às reformas universalistas, defendendo os seus privilégios e posições monopolistas. Cumpre ressaltar que, diante da crise fiscal do Estado que se aprofundou na década de 80, a medicina de grupo procurou outras fontes para o seu financiamento. Houve, a partir dessa década, uma expansão acelerada dessa modalidade, principalmente através dos convênios com empresa e individuais construindo um setor privado de atenção médica supletiva, hoje hegemônico no que diz respeito à lógica de funcionamento do sistema de saúde, articulando-se com o sistema público (Mendes, 1993)

No final dos anos 80, a atenção médica supletiva representada pelas várias modalidades de organização do setor privado de saúde, ou seja: medicina de grupo, cooperativas, entre outras, atingiu uma

cobertura segundo Mendes (1996), em valores próximos a 40% da força de trabalho formal do país. Os dados são evidentes. O número de usuários da assistência médica supletiva, não sofreu grandes modificações a partir de 1989. Segundo Mendes (1996, p. 81) “de 31.140.000 naquele ano, caíram para 28.500.000 em 1991, subindo para 32.000.000 em 1992 e, finalmente, para 34.400.000 em 1994.

Concomitantemente, o crescimento do faturamento é explosivo: vai de US\$ 2,4 bilhões em 1992, até atingir US\$ 6,4 bilhões em 1993, o que corresponde a crescimento de 2,6 vezes no período. Isso implica uma evolução do gasto per capita ano médio por usuário de US\$ 77,82 em 1989, para US\$ 146,35 em 1991, para US\$ 155,50 em 1992 e para US\$ 187,87 em 1993.”

A análise desses números parece justificar o Projeto-de-Lei nº 3.931 de 1993, do Deputado Genésio Bernardino que institui o Plano Básico de Assistência Médica (PBAM) para a população brasileira. Ele visa a criação de um sistema complementar ao oficial com a concessão, pelo Governo, de incentivos às empresas e aos indivíduos, mediante uma redução das contribuições sociais e das despesas relativas ao custeio do acidente do trabalho. Essa proposta surgiu em uma mensagem ao Presidente da República, publicada na imprensa nacional e assinada por várias entidades privadas de assistência à saúde.

A meta dessas empresas era atingir uma cobertura populacional beneficiária em torno de 52.049.250 pessoas gerando um incentivo governamental superior a 2,5 bilhões de dólares. Com isso haveria indução da renúncia contributiva de 75% dos contribuintes brasileiros.

A relação promíscua entre público e privado faz parte da história do Brasil. As oligarquias fizeram uso da coisa pública e/ou forneceram o espaço privado para o funcionamento da “administração da coisa pública”. Essas práticas mantiveram-se ao longo da história da ação governamental apesar de terem assumido “outras feições” na atualidade, tais como: compra de votos para reeleição presidencial e aprovações de medidas provisórias, entre outros exemplos.

A área da saúde passou a ser marcada por forte pressão universalista e uma liderança reformista expressiva que, na década de 80, numa conjuntura favorável, elaborou projetos inovadores, conforme já foi referido. Esses projetos sofreram interferências na sua

implementação pela permeabilidade do setor ao clientelismo e corporativismo dando origem ao modelo excludente de atenção à saúde com o patrocínio do Estado, comprovados pelos levantamentos históricos e dados apresentados.

As reformas no setor da saúde faziam parte de um processo de reformulação de políticas de bem estar social que visava universalizar a proteção social até então estratificada e corporativizada. O que se propunha era a mudança de um sistema meritocrático particularista, conservador/corporativista que reproduzia e reiterava as desigualdades sociais, para um modelo institucional redistributivo (Draibe, 1993).

O fracasso dessas reformas na fase de redemocratização pode ser explicado pela conjugação de vários fatores:

- o efeito combinado da ação das clientelas de beneficiários e pressões universalistas, e a força do corporativismo no setor;
- as interferências das disputas inter-burocráticas, na efetividade de implementação dessas reformas;
- os conflitos inter-governamentais (estado, município e União);
- os efeitos diferenciados do clientelismo, através de ações estratégicas dos interesses privados, associados com a estrutura política anterior, como também pela impossibilidade de os atores sociais diretamente envolvidos com essas reformas construírem coalizões para viabilizá-las.

Em razão das prescrições do Banco Mundial já referidas, da crise econômica do país nos anos 90 e da sua repercussão na saúde, o governo Fernando Henrique está buscando parcerias com empresas para atendimento de saúde e de outras áreas sociais. O tema foi objeto de discussão entre líderes empresariais no fórum de debates realizado em São Paulo em 20 de junho de 1997.

O tema geral do fórum foi: "Cidadania e Riqueza Nacional - o resgate social na prosperidade econômica". Destacamos uma das propostas apresentadas pelos "líderes empresariais Gazeta Mercantil 1997" -

"Transferir 40 milhões de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) para empresas de assistência privada pode ajudar a resolver o problema da saúde no país. A transfe-

rência seria viabilizada com a ajuda das empresas que, por meio de incentivos fiscais poderiam oferecer planos de saúde para um maior número de funcionários. (...) Definimos como nossa meta tentar encontrar soluções para as deficiências nos serviços de saúde.”

Melhorias na saúde foi o segundo fator apontado por 88% dos 116 líderes empresariais presentes para forçar a distribuição de renda. Segundo eles, essa mudança só ocorrerá se o governo e empresários trabalharem juntos (Cidadania, Folha de São Paulo, 20/06/97, p.A-11).

Na conjuntura atual em que o Estado efetuou cortes nos gastos com saúde a parceria entre Estado e empresas poderia representar uma estratégia viável para minimizar os problemas decorrentes da baixa oferta de serviços de saúde face à demanda. Entretanto, salientamos que esses serviços, historicamente, são estruturados para o atendimento curativo e individual do trabalhador urbano e, mais particularmente, estão interessados em controlar o absenteísmo, os dias de afastamento por doenças, acidentes de trabalho e doenças profissionais.

Por outro lado, os incentivos fiscais obtidos através de isenção de contribuições por essas empresas deixam de ser investidos pelo Estado em projetos coletivos para a maioria da população. Os tratamentos de maior complexidade e mais onerosos continuam sendo prestados pelo SUS que não dispõe de mecanismos efetivos de controle dos atendimentos realizados pelo setor privado.

As questões acima expostas merecem reflexão cuidadosa por parte das lideranças governamentais e técnicas ligadas ao planejamento e processos decisórios, relativos à área da saúde, a fim de que interesses capitalistas do setor não se sobreponham aos interesses técnicos ao serem celebradas essas parcerias, ampliando as injustiças sociais ao distribuir recursos para algumas categorias de assalariados urbanos e diminuir recursos para atender a maioria da população.

Os interesses do setor privado de saúde são fortemente representados na burocracia estatal na figura de ministros, senadores e deputados. Representantes desse setor, desde o governo militar, ocupam sucessivamente cargos de liderança nas áreas de políticas sociais. Nomes de relevo da burocracia estatal como o Sr. Reinhold Stephanes,

(deputado federal eleito pelo PFL do Paraná, ex-presidente do INPS, Relator da Comissão de Seguridade Social da Constituinte de 88, coordenador da comissão que elaborou o projeto para a área da saúde do Governo Collor), Roberto Lago (ex-superintendente do INAMPS de São Paulo), Luiz Luzzi (presidente do Instituto Brasileiro de Relações do Trabalho - IBRART e ex-presidente da Associação Paulista de Recursos Humanos - APARH) são alguns entre outros que tiveram intensa participação na intermediação de interesses privados junto ao Estado. Enquanto prestavam assessoria a empresas privadas ocupavam cargos burocráticos, organizando "*lobbies*" junto à comissão de Sistematização na Constituinte de 1988, apresentando projetos vinculados a interesses privados, durante o mandato parlamentar, por exemplo, o artigo 199 da Constituição, parágrafo 1º da seção II - Da Saúde, representou uma conquista dos "*lobbies*" da empresa privada.

E assim, esses grupos de interesse beneficiam-se dos recursos estatais pela ação eficiente desses "*lobbies*" no congresso, articulados e representados na burocracia estatal nas várias instâncias do poder (União, Estado e Município). Os representantes desses grupos privados elaboram leis que defendem os interesses deles e conseguem aprová-las através dessa rede promíscua de intermediação de poder entre público/privado.

Essas práticas são, em grande parte, responsáveis pela não implementação de políticas como é o caso do SUS e fundamentam as suas práticas na lógica neoliberal que, a partir dos meados da década de 80, aprofundou-se e tornou-se dominante nas deliberações do Estado brasileiro.

Resta para os 120 milhões de brasileiros exclusivamente dependente do SUS, sistema público de saúde, a longa espera nas filas para um atendimento primário, e/ou longos meses para fazer um exame especializado ou ser atendido nos hospitais. Os cortes efetuados nas áreas sociais ocasionaram inclusive aumento da demanda na área da saúde, devido também a conjuntura recessiva do país.

NOTAS

- 1 A privatização é entendida como o deslocamento da produção e/ou da distribuição de bens e serviços públicos para o setor privado.
- 2 Cf. URBANO, Luzia A. *Privatização e Universalização Excludente – um desafio para a reconstrução do modelo de atenção à saúde – o caso de Ribeirão Preto – SP*. Araraquara, 1999. Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, campus de Araraquara – SP., 281 p.
- 3 Os eventos referidos são: 1ª Conferência Municipal de Saúde em 1986, 2ª Conferência Municipal de Saúde em 1991, 3ª Conferência Municipal de Saúde em 1993 e 4ª Conferência Municipal de Saúde, 1996, 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, Participação na Discussão do Plano Diretor do município em 1998, Congresso Brasileiro de Enfermagem 1996 (Goiânia), Conferência sobre a NOB 96 (Ribeirão Preto), 1998, Reuniões da Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais (ANPOCS) em 1995, 1996, 1997, em Caxambu.
- 4 O Pró-Saúde é um programa de investimentos criado em 1991 e destinava-se a municípios que funcionavam como referência macrorregional e a capitais com população igual ou superior a 200.000 habitantes.
- 5 O Reforsus é um programa de investimentos iniciado em 1996, tendo por finalidade atender projetos de remodelação de serviços de saúde e de compra de equipamentos, inclusive equipamentos de alta tecnologia e importados com financiamento do Banco Mundial. Atende a serviços públicos e privados conveniados com o SUS.
- 6 O CONASP propõe a reversão gradual do modelo médico-assistencial, mediante a contenção de gastos através do aumento da produtividade e da racionalização do sistema, mas, ao mesmo tempo, a melhoria da qualidade dos serviços e a extensão da cobertura à população rural.
- 7 A Reforma Sanitária foi um movimento que aglutinou médicos sanitaristas e representantes da sociedade organizada que propôs modificações amplas no modelo de saúde vigente no país, abrangendo não somente as instituições prestadoras de serviços como também outros setores ligados à produção. Essas proposições estão condensadas em um documento-síntese elaborado pela Secretaria Técnica da Comissão da Reforma Sanitária, Brasília, março de 1986.

BIBLIOGRAFIA

- BRASIL. **Constituição brasileira**. Brasília, 1988.
- CARVALHO, G. C. M. Análise preliminar do orçamento do Ministério da Saúde – 1997 – 1998. “Internet”, 13.05.1998.
- COHN, A. et al. **O setor privado e as políticas de saúde na atual conjuntura brasileira (1978-1990)**. São Paulo, Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, s/d. Mimeografado.
- COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: Laurell, A. C. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 2 ed., São Paulo, Cortez, 1997, p. 225-244.
- FLEURY, S. Paradigmas da seguridade social: liberal produtivista/versus universal publicista. In: **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1995, p. 69-91.
- LAURELL, A. C. La logica de la privatización en salud. In: Eibenschütz, C. **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1995, p. 31-48.
- MELO, M. A. B. C. De. Autonomia do fracasso: intermediação de interesses e a reforma das políticas sociais na Nova República. **Dados**, v. 36, n. 1, p. 119-163, 1993.
- MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo, Hucitec, 1996.
- OFFE, C. **Problemas estruturais do Estado capitalista**. Rio de Janeiro, Tampo Brasileiro, 1984.
- POSSAS, C. A articulação público privado e o cuidado com a saúde dos pobres: implicações do ajuste estrutural na América Latina. In: EIBENSCHUTZ, C. (org.) **Política de saúde: o público e o privado**. 1 ed., Rio de Janeiro, Fiocruz, 1995, p. 49-65.
- URBANO, L. Privatização e Universalização Excludente – um desafio para a reconstrução do modelo de atenção à saúde – o caso de Ribeirão Preto – S.P. Araraquara, 1999. Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Ciências e Letras da Universidade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Araraquara – S.P., 281 p.