



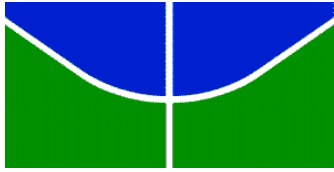
**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**Instituto de Ciências Humanas**  
**Departamento de Serviço Social**  
**Programa de Pós-Graduação em Política Social**

**Determinantes da Baixa Valorização da Atenção Primária no Sistema  
Único de Saúde**

**MARIA DO PERPÉTUO SOCORRO ALBUQUERQUE MATOS**

**Sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ivanete Boschetti**

**Brasília – DF**  
**Setembro de 2013**



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**Instituto de Ciências Humanas**  
**Departamento de Serviço Social**  
**Programa de Pós-Graduação em Política Social**

**Determinantes da Baixa Valorização da Atenção Primária no Sistema  
Único de Saúde**

**MARIA DO PERPETUO SOCORRO ALBUQUERQUE MATOS**

**Sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ivanete Boschetti**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do Grau de Doutor em Política Social.

**Brasília – DF**  
**Setembro de 2013**

**Determinantes da Baixa Valorização da Atenção Primária no Sistema  
Único de Saúde**

**Maria do Perpétuo Socorro Albuquerque Matos**

Aprovada em: \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ivanete Boschetti .....

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Potyara Amazoneida Pereira Pereira .....

Prof. Dr. Evilasio Salvador .....

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Florianita Coelho Braga Campos .....

Prof.<sup>o</sup> Dr.<sup>o</sup> Guilherme da Costa Delgado .....

**Dedicatória**

*Para meus pais*

*Para Newton e Sofia*

## **Agradecimentos**

*Uma tese é fruto de um esforço pessoal muito grande, mas também produto da ação coletiva, pois todo conhecimento é resultado da ação do homem como ser social na busca por respostas a problemas que o angustiam.*

*Este trabalho não foi diferente. Por isso, quero agradecer a todos que direta ou indiretamente contribuíram para este resultado.*

*Aos meus pais, que procuraram garantir a mim e a meus irmãos o acesso aos meios para desenvolver nossos próprios caminhos.*

*Ao Newton, companheiro querido, sempre presente dando apoio e carinho, inclusive cedendo seu espaço para que eu pudesse desenvolver com tranquilidade este trabalho.*

*À minha filha querida, Sofia, da qual privei de horas e dias de atenção, pela compreensão e carinho ao longo dessa jornada.*

*À professora Ivanete Boschetti, que me acolheu nessa trajetória, com quem aprendi a analisar a relação contraditória que marca o desenvolvimento das políticas sociais no capitalismo, pelo apoio e orientação clara e precisa, permeada pela confiança necessária para que eu pudesse desenvolver esta pesquisa.*

*Aos professores do SER, Potyara Pereira, referência para a discussão de política social e para o conceito de necessidades humanas básicas, e Evilásio Salvador, estudioso da relação fundo público e seguridade social, que me ajudou na análise do orçamento federal, agradeço as contribuições que me deram para a compreensão dos dilemas que envolvem a política social no contexto atual, e de como se expressam na repartição dos recursos arrecadados pelo Estado.*

*Aos professores Florianita Campos e Guilherme Delgado, históricos defensores dos direitos sociais, pela disposição em avaliar este trabalho e contribuir para o seu aperfeiçoamento.*

*Ao mestre, David Capistrano da Costa Filho, um especialista em “tomar o céu de assalto”, com quem aprendi nos doze anos de trabalho conjunto, a necessidade de ter pressa e de se dedicar com afinco e determinação à luta pela concretização do direito à saúde, forçando a ampliação dos limites institucionais estabelecidos.*

*A todos os profissionais de saúde com quem tive a oportunidade de compartilhar o sonho de construir um sistema público de saúde, especialmente à Lidia Tobias Silveira e à Carmem Sueli Geanezini, parceiras de belas batalhas pela saúde pública, e à Aline Azevedo da Silva, sempre disposta a contribuir com informações necessárias para esta pesquisa.*

*À Domingas e demais trabalhadores do SER pela colaboração nas questões da burocracia acadêmica.*

## Resumo

Esta tese aborda o problema da baixa valorização da atenção primária à saúde (APS), que impede a sua constituição como eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS).

Objetivou-se investigar alguns determinantes – históricos, políticos, econômicos e sociais - da conformação atual do sistema de saúde brasileiro, segmentado entre os que dispõem de condições de consumir – sistema privado – e os que dependem do sistema público, centrado no hospital, no procedimento, nos médicos, e dirigido para o mercado.

Para orientar a busca pela apreensão da realidade tendo como referência a totalidade social, adotou-se o método do materialismo dialético, cuja perspectiva de aproximações sucessivas possibilita conhecer as múltiplas determinações e funcionalidades desse objeto complexo que é a política social, num contexto de crise do capitalismo e de hegemonia de políticas neoliberais que reduzem direitos sociais. Esta pesquisa apoiou-se em alguns dos principais autores que estudaram o problema e em análise documental, com levantamento de dados nos sistemas de informação de orçamentos públicos, pesquisas do IBGE sobre serviços de saúde e sobre acesso e utilização de serviços de saúde, e pesquisas que abordam a questão dos médicos.

A emergência legal de um sistema de saúde universal, resultado da luta do movimento sanitário, mas com pequena sustentação na classe trabalhadora, no contexto de crise estrutural do capital e de hegemonia de políticas de ajuste pró-mercado, não resultou na reversão da histórica predominância do setor privado no sistema de saúde no Brasil. A política de subfinanciamento do SUS contribuiu para a acumulação de capital, ao drenar vultosos recursos do fundo público para o capital financeiro, via pagamento dos juros da dívida externa, somado aos incentivos fiscais para o setor privado.

A APS historicamente não recebeu o investimento necessário, configurando uma rede de serviços voltada para populações pobres com baixa resolutividade das ações, sem incorporação efetiva da assistência médica. Devido às políticas de privatização e focalização, apesar da expansão, a APS não se constituiu como eixo estruturador da atenção à saúde, de modo a reverter o modelo liberal-privatista.

A formação e a prática médicas orientadas para o mercado especializado configuram-se em mais um obstáculo a ser enfrentado para efetivar, mesmo nos marcos do capitalismo, o acesso à saúde como direito.

**Palavras-chave:** estado de bem-estar; direitos sociais; política social; política de saúde; sistema único de saúde; atenção primária à saúde; crise do capital; neoliberalismo.

## Abstract

This thesis addresses the problem of low coverage of primary care (*APS*), which prevents its incorporation as backbone of the Unified Health System (*SUS*).

This study aimed to investigate some determinants - historical, political, economic and social - of the present conformation of the Brazilian health system, divided between those with consuming conditions - private system - and those who depend on the public system, centered on the hospital, the procedure, the physicians, and market-driven.

To guide the search for the apprehension of reality with reference to the social totality, we adopted the method of dialectical materialism, whose prospect of successive approximations, allows understanding the multiple determinations and features of this complex object that is a social policy, in a context of capital's systemic crisis and hegemony of neoliberal policies that result in social rights reduction. This research was supported in some major authors who have studied the problem and document analysis with survey data in the information systems of public budgets, IBGE surveys on health services and on access to and utilization of health services, and research addressing the issue of doctors.

The emergence of a legal universal health system, result of the struggle of the health movement, but with little working class support, in the context of hegemony of pro-market adjustment policies, did not result in reversal of the historical predominantly private health care system in Brazil. The underfunding health policy contributed to capital accumulation, to drain vast resources of the public fund to financial capital through the payment of foreign debt interest, added to tax incentives for the private business sector in health.

The *APS* historically not received the necessary investment, setting up a health network for poor with low-solving actions, without incorporation of effective medical care. Due to privatizing end focalizing policies, despite the expansion, the *APS* did not constitute itself as the structural axis of health care in order to reverse the privatized medical care model.

The specialty and market-oriented training and medical practice is another obstacle to be overcome in order to ensure access to health care as a right, even within the capitalism framework.



**Keywords:** welfare state, social rights, social policy, health policy, public health system, primary care; capital's crisis, neoliberalism.

## Résumé

Cette thèse aborde le problème de la faible appréciation de soins de santé primaires (*APS*), ce qui empêche son incorporation en tant que axe structurant du système de santé unifié (*SUS*).

Cette étude visait à enquêter certains déterminants - historiques, politiques, économiques et sociaux - de l'actuelle conformation du système de santé brésilien, divisées entre ceux qui ont des conditions de consommer - système privé - et ceux qui dépendent du système public, centré sur l'hôpital, la procédure, les médecins, et orientée vers le marché.

Pour guider la recherche de l'appréhension de la réalité par rapport à la totalité sociale, nous avons adopté la méthode du matérialisme dialectique, dont la perspective d'approximations successives, permet de comprendre les déterminations multiples et les caractéristiques de cet objet complexe qu'est la politique social, dans un contexte de crise du capitalisme et de hégémonie des politiques néolibérales qui entraînent la réduction des droits sociaux. Cette recherche a été soutenue dans certains des principaux auteurs qui ont étudié le problème et l'analyse de documents, avec les données d'enquête dans les systèmes d'information des budgets publics, les enquêtes IBGE sur les services de santé et sur l'accès et l'utilisation des services de santé et de recherche qui abordent la question des médecins.

L'émergence d'un système juridique de soins de santé universel, à la suite de la lutte du mouvement sanitaire, mais avec peu de soutien dans la classe ouvrière, dans le contexte de la crise structurelle du capital et de hégémonie de la politique d'ajustement pro-marché, n'ont pas débouché sur le renversement de la prédominance historique du secteur privé dans le système de santé au Brésil. La politique de sous-financement du *SUS* a contribué à l'accumulation du capital, pour drainer vastes ressources du fonds public pour capital financier à travers le paiement des intérêts sur la dette extérieure, ainsi que des incitations fiscales pour le secteur privé.

Les soins de santé primaires historiquement pas reçu l'investissement nécessaire, la mise en place d'un réseau de services orientée vers des pauvres, avec faibles résolutions des actions, sans incorporation efficace de soins médicaux. En raison des politiques de privatisation et de concentration, malgré l'expansion, l'*APS* n'a pas été constitué comme un axe structurant de soins de santé afin d'inverser le modèle libéral-privatiste.

La formation et la pratique médicale axée sur le marché spécialisée constituent un autre obstacle à surmonter pour effectuer, même dans le cadre du capitalisme, l'accès aux soins de santé comme un droit.

**Mots-clés:** état-providence; droits sociaux; politique sociale; politique de santé; système de santé publique; soins de santé primaires; crise du capital; néolibéralisme.

## Lista de Siglas

AB	Atenção Básica
ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
AMA	Associação Médica Americana
MAS	Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária
ANC	Assembleia Nacional Constituinte
ANMR	Associação Nacional de Médicos Residentes
APM	Associação Paulista de Medicina
APS	Atenção Primária à Saúde
Arena	Aliança Renovadora Nacional
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
BNH	Banco Nacional de Habitação
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CCQ	Círculo de Controle de Qualidade
CDES	Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social
CDS	Conselho de Desenvolvimento Social
CEME	Central de Medicamentos
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEPAL	Comunidade Econômica das Nações Unidas para a América Latina
CETSS	Contribuição de Empregadores e Trabalhadores para a Seguridade Social
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGT	Central Geral de Trabalhadores
CIB	Comissão Intergestora Bipartite

Cide	Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNI	Confederação Nacional da Indústria
CNRS	Comissão Nacional de Reforma Sanitária
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COFINS	Contribuição para Financiamento da Seguridade Social
CONAM	Confederação Nacional de Associações de Moradores
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONTAG	Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
Crempesp	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CSLL	Contribuição sobre o Lucro Líquido
CT	Carga Tributária
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DIAP	Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar
DMPS	Departamento de Medicina Preventiva e Social
DNERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DRU	Desvinculação de Receitas da União
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EC	Emenda Constitucional
ECEM	Encontro de Estudantes de Medicina
ENE	Encontro Nacional de Estudantes
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FAZ	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FEF	Fundo de Emergência Fiscal
FENAM	Federação Nacional dos Médicos
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço

FHC	Fernando Henrique Cardoso
FINSOCIAL	Fundo de Investimento Social
FMI	Fundo Monetário Internacional
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FPAS	Fundo de Previdência e Assistência Social
FPEM	Fundo de Participação de Estados e Municípios
FSE	Fundo Social de Emergência
FSP/USP	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
GP	General Practitioner
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IAPAS	Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMS/UERJ	Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IOF	Imposto sobre Operações Financeiras
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
IPI	Imposto sobre Produtos Importados
IPMF	Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira
ISS	Imposto sobre Serviços
JK	Juscelino Kubitschek
LAPA	Laboratório de Administração e Planejamento em Saúde
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MEC	Ministério da Educação
MÊS	Ministério da Educação e Saúde
MOPS	Movimento Popular de Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social

MS	Ministério da Saúde
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS	National Health Service
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OF	Orçamento Fiscal
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Social
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PAB	Piso de Atenção Básica
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PC do B	Partido Comunista do Brasil
PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDRAE	Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado
PDS	Partido Democrático Social
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PFL	Partido da Frente Liberal
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde
PIS/Pasep	Programa de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica

PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNES	Plenária Nacional de Entidades da Saúde
PP	Partido Popular
PPA	Plano de Pronta Ação
PPI	Programação Pactuada Integrada
PPP	Parceria Público-Privada
Prev-Saúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
Proesf	Projeto de Expansão e Qualificação da Saúde da Família
Promed	Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
ProUni	Programa Universidade para Todos
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
REME	Renovação Médica
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SB	Saúde Bucal
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SESAC	Semana de Estudos de Saúde Comunitária
SF	Saúde da Família
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SIOPS	Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUCAM	Superintendência de Controle de Endemias
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde



SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UDR	União Democrática Ruralista
UEB	União dos Empresários do Brasil
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNE	União Nacional de Estudantes
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
Unimed	União dos Médicos
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
US	Unidade de Serviço
USF	Unidade de Saúde da Família

## Lista de Quadros e Tabelas

Tabela 1 - Variação percentual do número de estabelecimentos de saúde, segundo tipo e natureza jurídica. Brasil, 2002-2009.....	222
Tabela 2 - Leitos hospitalares segundo tipo de estabelecimento. Brasil, 2002, 2005 e 2009.....	222
Tabela 3 - Estabelecimentos privados segundo finalidade. Brasil, 2005 e 2009.....	224
Tabela 4 - Estabelecimentos de saúde sem internação segundo natureza jurídica e tipo de atendimento. Brasil, 2009.....	225
Tabela 5 - Estabelecimentos públicos sem internação segundo tipo de atendimento. Brasil, 2002, 2005 e 2009.....	225
Tabela 6 - Estabelecimentos públicos sem internação com atendimento geral, segundo algumas características selecionadas. Brasil, 2002, 2005 e 2009.....	226
Tabela 7 - Postos de trabalho de nível superior segundo principais ocupações. Brasil, 2002, 2005 e 2009.....	227
Quadro 1 - Principais resoluções relacionadas à Atenção Básica/Saúde da Família da 10ª à 14ª Conferências Nacionais de Saúde (Anexo 1).....	407
Tabela 8 - Superávit primário como proporção do PIB. 1999 – 2007.....	270
Tabela 9 - Distribuição dos gastos federais em valores reais (milhões, deflacionados pelo IGP-DI) segundo funções orçamentárias e ano. 2001 – 2011 (Anexo 2).....	410
Tabela 10 - Gasto público federal com a dívida pública em valores reais (milhões, deflacionados pelo IGP-DI) e participação no gasto total. 2001 – 2011 (Anexo 2).....	412
Tabela 11 – Participação dos gastos com áreas sociais selecionadas e com a dívida pública em valores reais (milhões, deflacionados pelo IGP-DI). 2001 – 2011(Anexo 2).....	412
Tabela 12 - Gasto com políticas de seguridade social em relação ao PIB. 2001 – 2011 (Anexo 2).....	413
Tabela 13 - Evolução do gasto federal com as políticas de seguridade social em valores reais (em milhões, deflacionados pelo IGP-DI) e em percentual. 2001-2011.....	285
Tabela 14 - Distribuição percentual do gasto com saúde segundo subfunções do orçamento. 2001 – 2011.....	287

Tabela 15 – Distribuição do gasto com saúde em valores reais (milhões, deflacionados pelo IGP-DI) segundo subfunções do orçamento. 2001 – 2011 (Anexo 2).....	413
Tabela 16 - Gasto federal em valores reais (milhões, deflacionados pelo IGP-DI) com ações selecionadas dos programas da assistência ambulatorial especializada e hospitalar. 2001 -2011 (Anexo 2).....	414
Tabela 17 - Gasto federal em valores reais (milhões, deflacionados pelo IGP-DI) com principais componentes da assistência farmacêutica. 2001 – 2011 (Anexo 2)	415
Tabela 18 - Gasto total per capita com saúde e com atenção básica. Brasil, 2001 a 2011.....	291
Tabela 19 - Gasto federal com ações componentes do programa atenção básica em valores reais (milhões, deflacionados pelo IGP-DI) e em percentual. 2001 – 2011 (Anexo 2).....	416
Tabela 20 - Gasto federal em valores reais (milhões, deflacionados pelo IGP-DI) com atenção básica e seus componentes de PAB fixo e PAB variável saúde da família. 2001 a 2011.....	295
Tabela 21 - PAB fixo e PAB variável saúde da família em valores reais per capita. 2001 – 2011.....	296
Tabela 22 - Recursos federais transferidos para os estados por habitante em valores reais. 2002 – 2011 (Anexo 2).....	418
Tabela 23 - Transferências federais por estado agrupados em regiões em valores reais (milhões) por habitante. 2002- 2011.....	297
Tabela 24 - Transferências SUS aos municípios por habitante em valores reais e segundo porte populacional. 2001 – 2011.....	298
Tabela 25 - Transferências SUS aos municípios por habitante em valores reais e segundo região. 2001 – 2011.....	298
Tabela 26 - Gasto público com saúde segundo as três esferas de governo em valores reais (milhões), em percentual e em relação ao PIB. 2002 – 2011.....	301
Tabela 27 - Percentual dos gastos estaduais com recursos próprios segundo declaração dos estados e análise do SIOPS (EC 29). 2001 – 2011 (Anexo 2).....	419
Tabela 28 - Percentual do gasto estadual com recursos próprios segundo declaração dos estados e análise do SIOPS por faixas. 2001 - 2011 (Anexo 2).....	422
Tabela 29 - Percentual do gasto municipal com saúde com recursos próprios segundo porte populacional. 2001 – 2011.....	303
Tabela 30 - Percentual do gasto municipal com saúde com recursos próprios	

segundo região. 2001 – 2011.....	304
Tabela 31 - Despesas totais dos municípios por habitante em valores reais segundo porte populacional. 2001 – 2011 (Anexo 2).....	423
Tabela 32 - Despesas totais dos municípios por habitante em valores reais segundo região. 2001 – 2011 (Anexo 2).....	423
Tabela 33 - Despesas com serviços de terceiros em relação às despesas totais com saúde dos estados, segundo Unidade da Federação e região. 2002 – 2011 (Anexo 2).....	424
Tabela 34 - Despesas com serviços de terceiros em relação às despesas totais com saúde dos municípios, segundo porte populacional. 2001 – 2011(Anexo 2)...	425
Tabela 35 - Despesas com serviços de terceiros em relação às despesas totais com saúde dos municípios, segundo região. 2001 – 2011 (Anexo 2).....	426
Tabela 36 - Taxa de médicos por mil habitantes segundo grandes regiões. Brasil. 2011 e 2012.....	366
Tabela 37 -. Número de escolas médicas por estado, região e categoria jurídica. Brasil, 2012.....	370
Tabela 38 - Proporção de vagas de residência médica e de número de médicos especialistas. Brasil, 2010.....	372
Tabela 39 - Percentual de médicos que fizeram residência segundo especialidade. Brasil, 2003.....	373
Tabela 40 - Proporção de vagas de RM ocupadas em 2010 e especialistas titulados segundo tipo de especialidade em 2011. Brasil.....	373
Tabela 41 - Proporção de médicos especialistas titulados segundo especialidade. Brasil, 2011 e 2012.....	376
Tabela 42 - Proporção de médicos segundo locais de exercício da profissão. Brasil, 1995 e 2003.....	379
Tabela 43 - Médico ocupado por esfera administrativa e setor de atuação. Brasil, 2002, 2005 e 2009.....	380
Tabela 44 - Proporção de postos de trabalho médico em estabelecimentos públicos em relação à população usuária de serviços públicos e privados. Brasil, 2011.....	380
Tabela 45 - Médicos de família ocupados em estabelecimentos públicos de saúde segundo jornada de trabalho. Brasil, 2002, 2005 e 2009.....	382

## Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Estabelecimentos de saúde segundo tipo de atendimento e natureza jurídica. Brasil, 2002 e 2009.....	221
Gráfico 2 - Taxa de leitos por mil habitantes. Brasil, 2002, 2005 e 2009.....	223
Gráfico 3 - Proporção de pessoas que informaram ter um serviço de uso regular segundo tipo de serviço procurado. Brasil, 1998, 2003 e 2008.....	228
Gráfico 4 - Proporção de pessoas que procuram o mesmo serviço segundo tipo de serviço e classes de rendimento mensal familiar <i>per capita</i> . Brasil, 2008.....	229
Gráfico 5 - Proporção de tipos de serviço que prestaram atendimento nas duas semanas anteriores à pesquisa. Brasil, 1998, 2003, 2008.....	230
Gráfico 6 - Proporção das fontes de financiamento dos atendimentos realizados nas 2 sem anteriores à pesquisa. Brasil, 1998, 2003 e 2008.....	231
Gráfico 7 - Cobertura de planos de saúde segundo classes de rendimento mensal domiciliar. Brasil, 1998, 2003 e 2008.....	231
Gráfico 8 - Proporção dos principais motivos da procura por serviço de saúde nas duas semanas anteriores à entrevista. Brasil, 1998, 2003 e 2008.....	232
Gráfico 9 - Proporção de motivos de atendimento nas duas semanas anteriores à entrevista segundo tipo de serviço que o realizou. Brasil, 2008.....	233
Gráfico 10 - Proporção dos motivos do não atendimento nas duas semanas anteriores à pesquisa. Brasil, 1998, 2003 e 2008.....	234
Gráfico 11 - Proporção dos motivos de não procura por atendimento mesmo com necessidade. Brasil, 1998, 2003 e 2008.....	235
Gráfico 12 – Total das receitas fiscais como percentual do PIB. Brasil e países da OCDE selecionados, 2010.....	260
Gráfico 13 - Percentual do gasto federal com áreas sociais selecionadas e com a dívida pública. Brasil, 2001-2011.....	284
Gráfico 14 - Gasto federal com políticas da seguridade social em relação ao PIB. Brasil, 2001 – 2011.....	285
Gráfico 15 - Evolução da distribuição percentual do gasto federal entre os três componentes da seguridade social. Brasil, 2001 – 2011.....	285
Gráfico 16 - Gasto real em milhões de reais com os principais componentes da assistência farmacêutica. Brasil, 2001 – 2011.....	290

Gráfico 17 - Participação das transferências do SUS em relação à despesa total dos municípios por região. Brasil, 2001 – 2011.....	300
Gráfico 18 - Despesas totais nos municípios com saúde em valores reais por habitante segundo porte populacional. 2001 – 2011.....	305
Gráfico 19 - Despesa total nos municípios com saúde em valores reais por habitante segundo região. 2001 – 2011.....	305
Gráfico 20 – Despesas com serviços de terceiros em relação às despesas totais dos estados com saúde segundo região. 2002 – 2011.....	307
Gráfico 21 - Participação das despesas com terceirização nas despesas totais dos municípios com saúde segundo porte populacional. 2001 – 2011.....	307
Gráfico 22 - Participação das despesas com terceirização nas despesas totais dos municípios com saúde segundo região. 2001 – 2011.....	308
Gráfico 23 - Despesa pública com saúde como proporção do PIB - Brasil e países selecionados da OCDE, 2000 e 2007.....	309
Gráfico 24 - Percentual do gasto público em relação ao gasto total com saúde. Brasil e países selecionados, 2000 2008.....	310
Gráfico 25 - Percentual do gasto com saúde em relação ao gasto público total. Brasil e países selecionados, 2000 e 2008.....	311
Gráfico 26 - Gasto público com saúde per capita em dólares internacionais. Brasil e países selecionados, 2000 e 2008.....	312
Gráfico 27 - Taxa de médicos por mil habitantes. Brasil e países selecionados, 2011.....	367
Gráfico 28 - Proporção de médicos especialistas segundo título e especialidade de atuação. Brasil, 2003.....	375
Gráfico 29 - Taxa de postos de trabalho médico, público e privado, por mil habitantes segundo Grandes Regiões. Brasil, 2011.....	381

## Sumário

<b>Introdução.....</b>	24
<b>Capítulo I: Evolução histórica das políticas de saúde.....</b>	43
1.1 Política social no capitalismo e medicalização.....	46
1.2 Primeiras concepções de sistema de saúde e centro comunitário de saúde	59
1.3 Crise de 1929, Estado de bem-estar e sistemas nacionais de saúde.....	65
1.4 Movimentos de reforma da medicina.....	72
1.5 Crise estrutural do capitalismo e retorno das ideias liberais.....	77
1.6 Alma Ata e Reforma Sanitária italiana.....	87
<b>Capítulo II: Contextos e origens da atenção primária à saúde no Brasil.....</b>	93
2.1 Desenvolvimento do capitalismo no Brasil.....	97
2.2 Questão social – caso de polícia.....	100
2.3 Particularidades na origem da política social no Brasil.....	107
2.4 Primeiras experiências de atenção primária à saúde.....	109
2.5 Processo de Industrialização brasileira: o Estado a serviço do capital.....	115
2.6 Governos militares, internacionalização da economia e crise da previdência.....	121
2.7 Crise econômica, redemocratização e reforma sanitária.....	128
2.8 Disputa política público / privado na Constituinte e o SUS.....	147
2.9 Retrocesso neoliberal e surgimento do PSF.....	154
<b>Capítulo III: A atenção primária à saúde – conceitos e modelos.....</b>	162
3.1 Propostas de modelos de atenção à saúde no Brasil.....	176
3.2 A política de saúde no Brasil e o Banco Mundial.....	186
3.3 Atenção primária à saúde no Brasil – desenvolvimento recente.....	198
3.4 Estratégia Saúde da Família no início dos anos 2000.....	205
3.5 O governo Lula e a atenção primária à saúde.....	217
3.6 Perfil dos serviços de saúde e de sua utilização no Brasil.....	221

3.7 Conferências Nacionais de Saúde e atenção primária.....	236
<b>Capítulo IV: Financiamento da saúde e da APS no Brasil – contexto e determinantes.....</b>	<b>239</b>
4.1 Etapa atual do capitalismo – capital fictício e crise.....	239
4.2 Fundo Público: conformação e destinação.....	249
4.3 Finanças públicas no Brasil: Hobin Hood às avessas.....	255
4.3.1 Sistema tributário brasileiro – paraíso dos ricos.....	255
4.3.2 Gastos públicos no Brasil – a que se destinam.....	267
4.4 Financiamento da saúde no Brasil: mix público/privado.....	273
4.5 Processo de desfinanciamento do SUS.....	277
4.6 Gastos federais com saúde e APS.....	283
4.7 Gastos estaduais e municipais com saúde.....	300
4.8 Gasto com saúde no Brasil – uma comparação reveladora.....	308
<b>Capítulo V: Os médicos e um sistema universal de saúde orientado para a atenção primária.....</b>	<b>316</b>
5.1 Médicos – formação, prática profissional e atuação política no Brasil....	330
5.2 Educação médica no capitalismo.....	351
5.3 Panorama atual dos médicos no Brasil – escola e trabalho – frente às necessidades de saúde.....	365
<b>Conclusões.....</b>	<b>389</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>407</b>
<b>Referências.....</b>	<b>427</b>



## Introdução

As condições de saúde de uma população constituem um dos indicadores de sua qualidade de vida e também da capacidade de o sistema de saúde resolver os problemas, levando em conta o conhecimento científico disponível. As condições de vida e trabalho e a organização das ações de saúde não se dão no abstrato, constituem reflexo direto da forma como as sociedades se estruturam e das suas relações com o Estado, responsável em maior ou menor grau, pela prestação dos cuidados em saúde.

A característica principal da situação de saúde no Brasil é a da desigualdade, tanto do ponto de vista da distribuição social quanto da regional de agravos e doenças. De um modo geral, predominam como causa de mortalidade e morbidade as doenças e agravos não transmissíveis, relacionados aos problemas cardiovasculares e aos cânceres, característicos de países desenvolvidos. Porém, ao lado disso, destaca-se uma crescente e elevada proporção de mortes decorrentes de violências e acidentes, além da persistência de uma série de doenças transmissíveis, características de países menos desenvolvidos e fruto das desigualdades sociais que marcam a história do país.

O crescimento, desde a década de 1980, das taxas de mortalidade por violência, é uma das expressões dessas desigualdades, constituindo a terceira causa de óbitos, 12,5% do total, mas o segundo lugar nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, superando as neoplasias. Essas mortes envolvem, principalmente, homens jovens, negros, pobres, residentes nas periferias das regiões metropolitanas, mas também em pequenos municípios com acelerado crescimento econômico, evidenciando as relações estreitas entre pobreza e violência (BRASIL, 2010a).

As doenças infecciosas representam um aspecto importante nesse quadro. Se, de um lado, o país conseguiu controlar boa parte das doenças preveníveis por vacinação e desenvolver um programa adequado para o controle da Aids, por outro, encontra-se entre os primeiros países do mundo em relação à prevalência de hanseníase e de tuberculose, doenças milenares relacionadas com a pobreza e com a dificuldade de acesso dos mais pobres ao tratamento. Nesse contexto, também se insere a persistência de epidemias de dengue e de algumas endemias, como a leishmaniose e a esquistossomose, além das elevadas taxas de sífilis congênita, transmitida da mãe pra a criança, durante a gestação, apesar da existência de tratamento eficaz e barato há mais de 70 anos.

Merece destaque, ainda, a condição de saúde de mães e crianças. A mortalidade infantil em menores de 5 anos (21 por mil nascidos vivos em 2008), mesmo decrescente, é maior cinco a sete vezes que a dos países desenvolvidos (2 a 4 por mil nascidos vivos), e até mesmo do que a de alguns países latino-americanos como Chile (6), Uruguai (13), Costa Rica (11), Argentina (15) e México (17) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Além disso, significativas diferenças regionais são constatadas na mortalidade de menores de um ano. Em 2007, segundo dados obtidos no endereço do Ministério da Saúde (MS) na internet<sup>1</sup>, enquanto a taxa do país era de 20 óbitos a cada mil nascidos vivos, alguns estados da região Nordeste apresentam índices 50 a 100% maiores (Alagoas – 41,2; Paraíba – 31,0; Maranhão – 30,1; Sergipe – 30,0 e Rio Grande do Norte – 29,9).

A mortalidade materna, a morte relacionada à gravidez, ao parto ou ao puerpério, é outra evidência nesse sentido. No Brasil, a taxa está estabilizada em torno de 50 óbitos a cada 100 mil nascimentos (58 em 2008), maior do que a de alguns países latino-americanos (Chile – 26; Uruguai – 27 e Costa Rica - 44), enquanto nos países avançados oscila entre 6 e 15 óbitos por mil nascimentos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Os dados oficiais do MS revelam números mais elevados, provavelmente porque as informações colhidas nas Declarações de Óbito são corrigidas a partir das investigações realizadas pelos Comitês de Morte Materna. Entre 2000 e 2007, a mortalidade materna oscilou em torno de 70 óbitos por cem mil nascimentos (77,0 em 2007).

Ainda referente à saúde infantil: parte significativa das internações hospitalares de crianças de 0 a 10 anos está relacionada com a falta de água potável ou de esgotamento sanitário (diarreia, verminoses e hepatite). De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2009, 85,3% dos domicílios eram servidos por rede de abastecimento público de água, com aumento muito pequeno da cobertura nos últimos anos (era de 82,4% em 2003). Em 2009, apenas 59,9% dos domicílios estavam ligados à rede de esgotamento sanitário, concentrados nos grandes municípios e com pequena ampliação no período (era de 56,6 em 2003) (IBGE, 2009).

O acesso às ações e serviços de saúde apresenta significativas disparidades regionais e no interior dos municípios. A saúde materno-infantil é um exemplo claro. Enquanto nas regiões Sul e Sudeste, 75,19% e 72,60%, respectivamente, das mães realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, nas regiões Norte e Nordeste, esses percentuais caem para 46,63% e 45,10%, respectivamente, em 2010, conforme dados do

---

<sup>1</sup> Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/c01b.htm> >. Acesso em 15 de dez. 2011.

MS<sup>2</sup>. Isso em um dos programas mais tradicionais de saúde pública. As desigualdades sociais no acesso também são evidentes no pré-natal: enquanto 80,66% das mães com 12 anos ou mais de escolaridade realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, esse percentual cai para 27,67% para mães sem nenhum estudo, em 2010<sup>3</sup>.

O índice de Gini, que mede a concentração de renda e é usado para avaliar o grau de desigualdade social de um país (maior quanto mais próximo de 1 for o valor), em 2001, era de 0,59, reduzindo-se para 0,54 em 2009, e para 0,53, em 2011. Mesmo em queda, a desigualdade no Brasil está entre as quinze piores do mundo (IPEA, 2012). A desigualdade reflete também em outro indicador, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)<sup>4</sup>, que vem crescendo lentamente, mas apresenta um valor baixo, 0,73 em 2012, se comparado a vários países latino-americanos, por exemplo, do Chile (0,82), Argentina (0,81), Uruguai (0,79), Cuba (0,78) e México (0,77). A análise da evolução do IDH nas últimas décadas revela que, apesar de sua elevação, a média anual de crescimento vem se reduzindo: era de 1,26 no período entre 1990 e 2000, caiu para 0,82, entre 2000 e 2010, e, para 0,73, entre 2010 e 2012, revelando uma perda de impulso na melhoria de seus componentes no país (PNUD, 2013).

Esse quadro de saúde cuja característica maior é a desigualdade, produto das precárias condições de vida da maioria da população, só pode ser revertido por meio de políticas públicas econômicas e sociais que distribuam riqueza e renda e pelo acesso a ações e serviços de saúde universais e de qualidade. Entretanto, a concretização desses direitos enfrenta um problema inerente ao modo de produção capitalista: “a divisão da sociedade em classes impõe diferenciações de acessos e usufrutos, submetendo o universalismo jurídico à lógica do mercado” (PEREIRA, 2008, p. 106). O direito à saúde, sob predomínio do mercado, transforma-se em poder de compra (ou a sua deficiência) de serviços de saúde. Essa dualidade em torno do consumo de serviços constitui a marca do acesso às ações de saúde no Brasil.

O objeto deste trabalho é a atenção primária à saúde (APS) como parte essencial da implementação de um sistema público de saúde, acessível a todos, igualitário, equitativo e integral, ou seja, como meio para a garantia do direito à saúde. A política de saúde como política social é produto das relações entre o Estado e a sociedade, da correlação de forças

---

<sup>2</sup> Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em 10 de jan. 2012.

<sup>3</sup> Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em 10 jan. 2012.

<sup>4</sup> O IDH é composto por indicadores de renda (PIB per capita), educação (média de anos de escolaridade) e de longevidade (esperança de vida ao nascer).

existente, em cada momento histórico, na luta entre as classes, opondo o interesse público, de um lado, e o interesse privado, de outro.

O Sistema Único de Saúde (SUS), aprovado na Constituição Federal (CF) de 1988, no bojo do processo de mobilização social pela democracia e por direitos sociais, apresenta entre seus princípios e diretrizes a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização e o controle social<sup>5</sup>. Porém, desde a sua aprovação, o SUS enfrenta uma série de dificuldades para se viabilizar com base nesses eixos, em franca contradição com o que preconiza o pensamento neoliberal hegemônico. Além disso, tem como herança um modelo fragmentado, medicalizante, centrado no hospital e na realização de procedimentos, cujos objetivos atenderam, historicamente, mais aos interesses de acumulação de capital, do que às necessidades de saúde da população.

Para inverter essa lógica, na perspectiva de implantação do SUS, além da garantia de financiamento adequado aos enormes desafios da universalidade e integralidade da atenção, é imprescindível investir maciçamente na organização de uma APS acessível, resolutiva e integral, condição necessária para que se constitua na porta de entrada principal do sistema de saúde, componente essencial do que se convencionou chamar de mudança do modelo assistencial. Essa perspectiva foi construída no processo de elaboração do projeto da reforma sanitária. O relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada com forte participação social e que determinou as bases políticas e ideológicas de constituição do SUS, caracteriza o modelo assistencial então vigente de “excludente, discriminatório, centralizador e corrupto”, denunciando como uma das causas, uma política de saúde influenciada por “grupos dedicados à mercantilização da saúde” (BRASIL, 1986).

Adotou-se nesta pesquisa o conceito de APS, termo como é conhecida internacionalmente, como o conjunto de serviços que deve garantir a entrada no sistema para todas as demandas e necessidades, fornecendo atenção focada na pessoa, e não na enfermidade, de forma contínua, garantindo atenção a todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras e coordenando os cuidados prestados em qualquer ponto do sistema. A APS compartilha outras características com os demais serviços de saúde: responsabilidade

---

<sup>5</sup> A universalidade significa o direito de todos às ações de saúde; a integralidade é o conceito mais complexo, pois inclui a abordagem integral da pessoa no momento da assistência, a integração entre ações preventivas e curativas e o acesso a todos os níveis do sistema; a equidade é parte do conceito de justiça social, o que se materializa no princípio de tratar de forma desigual os desiguais, ou dar mais atenção a quem mais necessita; a descentralização no sistema de saúde significa a transferências das ações para o nível local, a municipalização, ficando os demais entes da federação com a atribuição de apoiar técnica e financeiramente a gestão municipal; o controle social deve ser entendido como o controle da sociedade, por meio de suas organizações, sobre a política de saúde, materializado na constituição das Conferências e dos Conselhos de saúde.

pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe. Trata-se de uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os níveis do sistema (STARFIELD, 2002, p. 28). Apesar de considerar a existência de diferenças entre os termos historicamente construídos para designar esses serviços no Brasil – atenção básica à saúde<sup>6</sup>, atenção primária à saúde – como o objetivo principal é pesquisar os determinantes da sua conformação periférica no sistema, considerou-se as designações como sinônimas,

O trabalho precursor na descrição da organização da APS como estruturadora de uma rede de cuidados de saúde abrangente foi o clássico Relatório Dawson, produzido em 1920, na Inglaterra, cujas contribuições principais foram: a proposta de integração da medicina preventiva e curativa, o papel central destinado ao médico generalista, a configuração da APS como porta de entrada, a organização das ações especializadas a serem ofertadas em unidades ambulatoriais e hospitalares (OPAS, 1964).

Estudos internacionais revelam que países cujos sistemas de saúde apresentam maior oferta de APS e que buscam distribuir recursos de acordo com as necessidades de saúde, em vez da demanda induzida pelo mercado, alcançam melhores níveis de saúde que outros (STARFIELD, 2002). Países como os da Europa, o Canadá, a Nova Zelândia e Cuba, a APS, que possuem sistemas universais, ocupam lugar estratégico, fazendo um “contraponto à fragmentação das ações de saúde, à superespecialização e ao uso abusivo de tecnologias médicas, que determina necessidades questionáveis de consumo de serviços de saúde” (CONASS, 2011, p. 10).

Contudo, a capacidade de resposta dos sistemas de saúde às necessidades da população é limitada e pode apresentar efeitos muito adversos, em especial nos países que adotam o modelo mercadocêntrico, centrado no médico e no hospital, marcado pela medicalização de quase todos os aspectos da vida. Exemplo disso pode ser visto nos Estados Unidos da América (EUA), onde uma redução de cerca de 6 a 12 meses na expectativa de vida da população pode ser creditada à iatrogenia médica<sup>7</sup>, sendo essa a terceira causa de óbito naquele país. Por isso, além da universalização do acesso, é preciso assegurar um modelo assistencial que faça frente ao consumo indiscriminado e mercadológico de serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

---

<sup>6</sup> O termo atenção básica foi adotado no Brasil como forma de diferenciar da terminologia internacional – atenção primária à saúde, considerada à época como sinônimo de atenção focalizada e seletiva.

<sup>7</sup> Entenda-se por iatrogenia, segundo Illich (1975), a produção de efeitos deletérios para a saúde como resultado da intervenção médica centrada no enfoque biomédico e potencializada pela industrialização.

Várias publicações, em especial relativas aos países com sistemas universais, têm demonstrado o impacto positivo da APS como eixo estruturador das ações de saúde, tanto em relação ao nível de saúde da população, como no que diz respeito ao alcance de maior equidade, maior satisfação dos usuários e menores custos para o sistema de saúde. Alguns estudos desenvolvidos no Brasil demonstram o impacto da expansão da APS, baseada, sobretudo, na estratégia de Saúde da Família (SF) (CONASS, 2011).

O acesso às ações e serviços de saúde resolutivos constitui-se em um dos determinantes do estado de saúde de uma população, porém, para ter efetividade e equidade a estruturação do sistema de saúde deve começar na APS, o lócus a partir do qual é possível organizar o acesso aos demais serviços, de acordo com a necessidade de cada indivíduo. Partindo do conhecimento mais abrangente de cada usuário, de suas condições de vida e trabalho, a APS pode oferecer uma abordagem mais integral e menos medicalizante dos problemas de saúde, tendo como foco a promoção da saúde e a prevenção de riscos e agravos, desde que garantida o acesso às ações especializadas.

A implementação da APS com essas características não se confunde com aquilo que o senso comum concebe: um “postinho” de saúde, com poucos profissionais e baixa resolutividade, ou mesmo um centro de saúde que atua com base em programas verticais. Para que a APS supere no imaginário social essa visão limitada de suas possibilidades, e para que possa se constituir, enfim, no eixo estruturante do sistema é necessário que sejam garantidos investimentos técnicos e financeiros compatíveis com os desafios propostos, mas não só isso. Para compreender as origens das dificuldades da APS é preciso recuperar pelo menos em parte a história das ações de saúde no contexto internacional e, particularmente, no Brasil. Essa perspectiva foi desenvolvida nos primeiros capítulos deste estudo; alguns elementos foram trazidos para esta Introdução, apenas a título de sinalização das linhas gerais.

As políticas de saúde no Brasil, até os anos 1920, caracterizavam-se por um modelo chamado por vários autores de camponês-sanitarista, voltado para o atendimento das necessidades da economia agroexportadora (COSTA, 1986). Só a partir dos anos 1930 é que vai se configurar uma política nacional de saúde, com dois campos distintos: de um lado, a saúde pública, hegemônica até meados da década de 1960, centrada em campanhas e ações de controle de doenças transmissíveis e, de outro, a medicina previdenciária, que garantia assistência aos trabalhadores com carteira assinada (MENDES, 1993).

A história da APS, antes do SUS, caracteriza-se por iniciativas esparsas e fragmentadas, voltadas quase que exclusivamente para o desenvolvimento de programas de

saúde pública. A prestação de serviços de saúde sempre esteve diretamente relacionada com as necessidades de desenvolvimento do capitalismo, e a influência de movimentos e organizações de outros países foi um traço marcante no desenvolvimento dessas ações. Um exemplo foi a iniciativa do governo brasileiro de criar o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), na década de 1940, em acordo com o governo americano e sob patrocínio técnico da Fundação Rockefeller, com o objetivo de implementar ações de controle da transmissão da malária e da febre amarela entre os trabalhadores envolvidos com a produção de borracha na Amazônia e de manganês, no Vale do Rio Doce. O modelo SESP disseminou-se pelo país, tornando-se referência para organização de unidades sanitárias por mais de trinta anos.

No período da ditadura militar, houve um franco predomínio da medicina previdenciária, voltada para garantir a manutenção da força de trabalho, prestada principalmente por meio de serviços privados contratados, gerando grande desenvolvimento do complexo industrial da saúde e a hegemonia dos serviços especializados e hospitalares. Agravou-se, assim, a histórica dicotomia das ações de saúde: de um lado a assistência médica individual, que consumia volume crescente de recursos e, de outro, os serviços de saúde pública, cujo Ministério dispunha de orçamentos escassos. A APS organizava-se, dessa forma, principalmente em postos e centros de saúde, municipais e estaduais, desenvolvendo basicamente programas verticais de saúde pública, como o pré-natal, a puericultura, a imunização, entre outros.

Com a criação do SUS, abriu-se a perspectiva de organização de um sistema norteado pela concepção de saúde como direito a ser garantido pelo Estado, cujo controle e definição de prioridades se dariam com ampla participação social, e que superasse a herança privatista, hospitalocêntrica e medicalizante, marcada por programas verticais de saúde pública e fragmentação das ações. O desafio a ser enfrentado para a mudança do modelo assistencial exigia a estruturação de uma rede de unidades públicas de APS, que viabilizasse o acesso às ações de saúde, com alta resolutividade para a maioria dos problemas de seu território e plenamente integrada com os demais serviços, garantindo a integralidade da atenção.

No processo de descentralização e estruturação do sistema foram pactuadas entre os três níveis de gestão diversas Normas Operacionais Básicas (NOB). Do ponto de vista da mudança do modelo assistencial e de fortalecimento da atenção básica a NOB 96 ocupa lugar de destaque ao instituir a transferência direta de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Municipais de Saúde (FMS), configurando a condição de

gestor e não de prestador das secretarias municipais de saúde, passo importante para a descentralização do sistema. Além disso, foram criados o Piso de Assistência Básica (PAB), um valor *per capita* destinado a todos os municípios, e os incentivos financeiros para o Programa de Saúde da Família (PSF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), destinados aos municípios que a eles aderissem (ANDRADE, 2001).

O MS adotou em 1994 o PSF como modelo para organização da APS, precedido em 1991 pelo PACS. Essa estratégia vem se multiplicando e é responsável, atualmente, pela cobertura de cerca de 50% da população do país. Inúmeras foram as polêmicas e os questionamentos que cercaram a adoção desses programas, entre eles, a sua conformação semelhante à de um pacote de ações básicas, modelo proposto por organismos internacionais, cuja concepção apoiava-se numa atenção focalizada nos mais pobres.

Entretanto, apesar da ampliação da cobertura, persiste uma realidade bastante heterogênea e desigual em termos de acesso e qualidade da APS. Parte dessas diferenças se deve ao fato de a implementação desses serviços ser responsabilidade das gestões locais, num quadro em que muitos municípios não dispõem de condições técnicas e financeiras para isso. Há, portanto, uma desigualdade significativa no padrão dos serviços oferecidos na rede de APS no país, com alguns municípios oferecendo serviços de boa qualidade, enquanto outros, talvez a maioria, dispendo de serviços insuficientes, tanto do ponto de vista da quantidade, como da qualidade. Porém, os obstáculos para a implementação de uma APS abrangente vão muito além do plano municipal.

O problema motor desta investigação é a baixa valorização da APS por sucessivos governos, apesar dos discursos em contrário, o que impede que ela assuma papel estruturante na organização do sistema de saúde. Considerando-se que a finalidade de um sistema público de saúde é o atendimento das necessidades de saúde dos usuários, o modelo de organização que melhor responde a esse pressuposto é o de serviços organizados com base em territórios e pessoas definidas, e que por ser capaz de acompanhar a saúde dessas pessoas ao longo do tempo e integrado com os demais serviços, consegue alcançar resultados melhores em termos de prevenção de novas doenças e de agravamento das já existentes, partindo da premissa de que a autonomia e a participação das pessoas é elemento chave nesse processo. Entretanto, o que se observa é que os esforços desenvolvidos para consolidar a APS, além de insuficientes, esbarram em uma série de problemas e limitações que refletem os diversos interesses em torno da prestação de serviços de saúde no Brasil, cujo pano de fundo é a expansão dos serviços privados. Compreender os determinantes dessa situação é o objetivo deste trabalho.



Nesse sentido, destacou-se, preliminarmente, alguns elementos considerados imprescindíveis para a compreensão dessa situação. Em primeiro lugar, desde meados da década de 1970, assistiu-se à ascensão e hegemonia do pensamento neoliberal, que responsabiliza o Estado pela crise do capitalismo e preconiza, como saída, a redução da intervenção pública na economia, a privatização e a transformação das políticas sociais em ações compensatórias e focalizadas nos mais vulneráveis, contrapondo-se dessa forma aos direitos sociais e à universalidade dessas políticas. O Brasil não ficaria imune a essa conjuntura internacional. Como consequência, os governos que se sucederam à redemocratização, adotaram, mesmo que de diferentes formas, o receituário neoliberal. A política de saúde, como as demais políticas sociais, passam a ser o alvo dessa contrarreforma. Um exemplo dos mais evidentes encontra-se na questão do financiamento da saúde. A determinação constitucional<sup>8</sup> de destinação de 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) para a saúde nunca foi cumprida e, em 2007, esse percentual correspondia à metade do estabelecido.

Além disso, desde 1994, com a iniciativa do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), foi implementado um mecanismo perverso de desvio de recursos da seguridade social para o Orçamento Fiscal (OF) com o fim de compor o superávit primário<sup>9</sup>, destinado ao pagamento dos juros da dívida. Esse mecanismo, atualmente denominado Desvinculação de Receitas da União (DRU), garantiu que, em 2007, o OSS fosse responsável por 65% do superávit primário. Outro dado assustador: no período entre 2000 e 2007, cerca de R\$ 205, 2 bilhões foram retirados do OSS, um montante igual a cinco vezes o orçamento anual da saúde (SALVADOR, 2010). Em 2011, por meio da DRU, foram desviados R\$ 52,6 bilhões, suprimindo a maior parte do superávit da seguridade social (ANFIP, 2012).

A luta em defesa do SUS tem se concentrado, desde a sua aprovação, na garantia de um financiamento adequado; entretanto, mesmo com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC 29) e com a sua recente regulamentação, em 2011, não houve mudança no padrão do volume de recursos destinados à saúde, o que faz com o SUS venha perdendo espaço para o setor privado, que expande o seu campo de exploração. O

---

<sup>8</sup> O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), art. 55, estabeleceu que 30%, no mínimo, do OSS — excluído o seguro desemprego — deveriam ser destinados à saúde, até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), outra inovação da nova CF (art. 165).

<sup>9</sup> O superávit primário calculado subtraindo as despesas das receitas e excluindo os juros da dívida, do setor público – governo federal, estados, municípios e empresas estatais - é o volume de recursos que o governo economiza para garantir o pagamento da dívida, parte essencial da estratégia da política de ajuste fiscal neoliberal. O percentual maior desses recursos economizados é oriundo das políticas sociais, particularmente do OSS.

resultado é que o Brasil é um dos poucos países com sistema universal, definido constitucionalmente, mas com predomínio do gasto privado. Por isso, dedicamos um capítulo para a análise da questão do financiamento.

A hegemonia neoliberal acarretou, além disso, outra ordem de problemas para a consolidação do SUS. No governo FHC, com a implementação do Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE), iniciou-se a transferência dos serviços de saúde para as Organizações Sociais (OS)<sup>10</sup>, avançando-se na terceirização tanto de serviços como da gestão. Exemplo destacado dessa política ocorre em São Paulo, onde parte significativa dos hospitais e de outras unidades está sob a gestão das chamadas OSs. As consequências dessa privatização são a fragmentação da gestão, a elevação dos custos desses serviços terceirizados, a facilitação para a ocorrência de fraudes e desvios de recursos públicos, a precarização dos vínculos empregatícios dos trabalhadores de saúde e a fragilização do controle social.

Outro aspecto importante a ser analisado diz respeito à concepção de APS que predomina no Brasil. A antiga dicotomia entre serviços curativos e preventivos, a herança pré-SUS, perpassa até hoje a maioria dos serviços da atenção básica, dificultando a concretização da integralidade da atenção. A tendência é o predomínio da visão da APS como o local apenas de prevenção e promoção da saúde, com o desenvolvimento dos programas de saúde segundo uma lógica que exclui as necessidades de saúde não inseridas nos programas, e até mesmo, daquelas que mesmo incluídas se apresentem em condições agravadas. De outro lado, há unidades que trabalham na lógica do pronto-atendimento, realizando consultas médicas de baixa resolutividade, sem vinculação com ações mais estruturantes de prevenção e promoção da saúde. Essa dualidade, além de refletir a divisão pré-existente ao SUS, foi reforçada por uma distorção na implementação do PSF, frequentemente caracterizado como um programa de prevenção, contrapondo mais uma vez o curativo ao preventivo.

Tanto centros e postos de saúde, quanto Unidades de Saúde da Família (USF), têm dificuldade de integrar as ações de programas voltadas para agravos crônicos (hipertensão, diabetes) ou condições importantes (pré-natal, puericultura, prevenção de câncer de colo de útero), com o atendimento das necessidades mais agudas da população, que se apresentam como demanda espontânea. Esse é um dos desafios da integralidade da atenção e da

---

<sup>10</sup> As OSs são organizações privadas, sem fins lucrativos, criadas para assumir a gestão dos serviços de saúde, educação, cultura e meio ambiente, considerados não estratégicos para o Estado, segundo a concepção definida no PDRAE, no processo designado por ele de publicização do Estado. A nosso ver trata-se apenas de um eufemismo usado para denominar a privatização dos serviços públicos.

resolutividade das ações: nem só programas para agravos e condições selecionadas, nem só pronto-atendimento de queixas agudas, mas construir respostas adequadas ao conjunto de necessidades de saúde que levam as pessoas a buscar os serviços de saúde.

Essa lógica de organização, que tem como pressuposto a integralidade da atenção, é vital para garantir o acesso à APS com vistas a constituí-la, de fato, no local privilegiado para a assistência, capaz de acolher as diversas demandas e garantir o acesso aos demais serviços, de acordo com a necessidade de cada um. Ao contrário, serviços que trabalham com agendas fechadas para novos problemas ou que apenas realizam pronto-atendimento, nos dois casos restringindo o acesso e a resolutividade da atenção, acabam por empurrar os usuários para os serviços de emergência, que em geral se localizam na porta dos hospitais, onde, de algum modo, serão atendidos, geralmente, por meio da medicalização do sintoma.

Além da integração interna, é necessário garantir o acesso organizado aos demais pontos do sistema, do contrário, unidades de APS que não contam com a devida retaguarda de exames e serviços especializados para atender às necessidades de saúde dos usuários, têm sua resolutividade reduzida, não garantem a integralidade e, como consequência, deixam de ser procuradas pelos usuários, que logo percebem que aqueles serviços não dão conta de seus problemas de saúde. Esses e outros aspectos fundamentais para a viabilização da APS serão abordados em um capítulo específico deste estudo.

A pergunta que se buscou responder foi, enfim, quais são as determinações sociais, políticas e econômicas responsáveis pela baixa valorização da APS e pelo lugar ainda periférico que ela ocupa no sistema de saúde brasileiro? Partiu-se da constatação das relações históricas entre o setor saúde e a sociedade na qual está inserido como componente da reprodução social, contribuindo dessa forma para a manutenção da estrutura social, mas também para a satisfação das necessidades das classes trabalhadoras. Não há, portanto, como isolar alguns fatores. Para compreender a política de saúde é necessário levar em conta a totalidade da sociedade capitalista, cindida em classes, na qual as classes proprietárias detêm os meios de produção e as classes-que-vivem-do-trabalho<sup>11</sup> dispõem apenas de sua força de trabalho para a sua reprodução.

---

<sup>11</sup> Ricardo Antunes ao analisar o processo de heterogeneização, fragmentação e complexificação sofridos pela classe trabalhadora em decorrência da reestruturação produtiva, constata a diminuição da classe operária industrial tradicional, a expansão do trabalho assalariado (ampliação do setor de serviços) e a ampliação do desemprego estrutural e do subproletariado (trabalho precário, parcial, temporário, subcontratado, “terceirizado”, vinculados à “economia informal”). A todo esse conjunto de assalariados somados aos trabalhadores diretamente produtivos ele denomina de classe-que-vive-do-trabalho, os seres sociais que dependem da venda de sua força de trabalho para sobreviver em oposição à classe dos proprietários, que vive da exploração da força de trabalho de outros.

Nessa relação, a função social do trabalhador é produzir mais-valia e a do capitalista, apropriar-se dela, de forma limitada pela necessidade de reprodução dos trabalhadores como tais, isto é, por suas necessidades de consumo, que se traduzem no salário. Nesse contexto, o Estado assume uma dupla função: de sustentação do processo de acumulação de capital e de reprodução da força de trabalho, essa última por meio de benefícios sociais, como aqueles sustentados pela seguridade social, aí inserida a política de saúde. Porém, nem todos os que vivem do trabalho têm acesso a esses benefícios, ficando a sua reprodução dependente do mercado e das formas tradicionais de ajuda, a família, a caridade cristã, o paternalismo privado.

Adotou-se como ferramenta para conduzir essa investigação o método do materialismo dialético, capaz de iluminar as múltiplas determinações desse complexo objeto que é a política social, contribuindo para a sua apreensão a partir de um questionamento crítico. A política social como fenômeno social só pode ser compreendida a partir da consideração de suas múltiplas causalidades e funcionalidades. Nessa perspectiva, foram adotadas as categorias teórico-metodológicas do materialismo dialético: a totalidade – a sociedade como uma totalidade dinâmica e contraditória; a historicidade – a realidade social em constante transformação; a contradição – o caráter não homogêneo de toda totalidade, determinante de sua contínua transformação a partir da luta dos contrários; a mediação – as relações entre as diversas totalidades que compõem o objeto em análise e a totalidade inclusiva, que é a sociedade burguesa, relações que nunca são diretas, mas mediadas por diferentes níveis de complexidade e pela estrutura de cada totalidade (NETTO, 2009).

O processo de aproximações sucessivas do objeto estudado que se buscou empreender nesta pesquisa consiste em “passar do mais abstrato para o mais concreto, em fases sucessivas, afastando suposições simplificadoras, nos sucessivos estágios da investigação, de modo que a teoria possa explicar e levar em conta um número de fenômenos cada vez maior” (SWEEZY, 1983). Assim, é possível jogar luz sobre as diversas mediações entre a política de saúde/atenção primária e a totalidade geral que é a sociedade capitalista. Nesse processo buscou-se distinguir o que é essencial do que são as aparências do objeto estudado, que significa superar a superfície dos fenômenos, para chegar à essência, por meio da análise. Daí a importância da escolha do método do materialismo dialético, que “dissolve o mundo fetichizado da aparência para atingir a realidade e a ‘coisa em si” (KOSIK, 1976).

Nesta sociedade em que o acúmulo de capital é a categoria mais geral para explicar os processos sociais, as práticas de saúde assumem um papel particular ao contribuir para a reprodução da força de trabalho, no plano econômico, mas também para a diminuição das tensões entre as classes, no plano político, social e ideológico, ao atender parte essencial das necessidades humanas básicas e, com isso, contribuir para ampliar a legitimação do Estado capitalista. Essa contradição é característica das políticas sociais no capitalismo que, de um lado, atendem aos interesses do capital, e de outro, aos interesses das classes trabalhadoras, refletindo, dessa forma, o desenvolvimento das lutas de classes e as contradições inerentes ao próprio Estado capitalista na sua relação com a sociedade (TESTA, 1992).

As determinações econômicas assumem papel relevante na análise, pois o capitalismo subordina a política e as relações sociais a seus interesses de acumulação, porém não sem resistência e luta das classes exploradas. É, assim, que o setor saúde, além de contribuir para a reprodução da força de trabalho, passa a se constituir em locus específico de acumulação, por meio das indústrias de equipamentos, insumos e medicamentos, garantindo lucros crescentes, independente da conformação que a política pública de saúde assume em diferentes países, mas, também, por meio das empresas de planos e seguros de saúde, a porta para a entrada do capital financeiro, explorando os espaços deixados sem assistência pelo Estado. Por outro lado, os que vivem do trabalho lutam para ampliar o gasto público em busca da satisfação de suas necessidades básicas, expressão da contradição permanente do Estado capitalista em relação às políticas sociais.

No estágio atual, de crise estrutural e de hegemonia das políticas neoliberais, o Estado é mais uma vez chamado a assumir o papel de salva-vidas do capital. O Fundo Público que, na concepção de Francisco de Oliveira (1998), é a expressão dos recursos estatais destinados a financiar, de um lado, a acumulação de capital, sua razão privada e, de outro, a implementar políticas sociais, sua razão pública, passa a sofrer pressões crescentes para atender aos interesses da acumulação de capital, resultando na redução e no redirecionamento dos gastos sociais por meio de estratégias de focalização e privatização.

A análise da composição do orçamento público entre os diferentes setores e de sua específica conformação na área da saúde, particularmente do montante destinado à APS, como expressão da correlação de forças sociais, é parte da investigação desenvolvida neste trabalho. Para isso, uma das grandes dificuldades é a composição tripartite do gasto, o que faz com que os estudos geralmente se restrinjam ao orçamento federal. Buscou-se, pelo menos de forma mais geral, abordar a evolução da participação de estados e municípios no

que tange ao financiamento das ações de saúde. Em relação ao financiamento específico da APS, o estudo restringiu-se ao financiamento federal, pois, não se obteve informações sobre os quantitativos relativos à participação dos estados e, em relação aos municípios é tarefa quase impossível, dada a enorme quantidade e diversidade desses entes federativos (mais de 5.500).

As determinações sociais referem-se às condições de organização e mobilização das classes-que-vivem-do-trabalho no sentido de exercer pressão sobre o Estado para garantir seus direitos, o que inclui a prestação de serviços de saúde necessários à sua reprodução. Diz respeito à força que essas classes dispõem em relação às classes dominantes para impor limites à ganância por lucros na perspectiva da satisfação de suas necessidades (TESTA, 1992). O desemprego crônico e a precarização do trabalho, consequências da reestruturação produtiva e da crise estrutural do capital, têm como consequência a fragilização das organizações sindicais e políticas dos trabalhadores que, assim, enfrentam dificuldade para organizar uma contra-ofensiva em defesa do trabalho e de seus direitos.

Ocorre, assim, uma segmentação da classe trabalhadora: a parcela empregada com vínculo formal dispõe de salário, benefícios sociais e compra planos privados de saúde, enquanto a que se encontra no mercado informal ou desempregada, dispõe apenas de parte dos benefícios sociais e depende dos serviços públicos de saúde, que, assim, assumem, progressivamente, conformação de política para pobres, determinada pelo subfinanciamento crônico. Essa situação tem impacto no potencial de mobilização em defesa da política pública de saúde, que se vê enfraquecida pela fragmentação de sua principal base social. Somado a isso, no governo Lula, ocorreu um processo de cooptação/neutralização de lideranças de movimentos sociais, o que se constituiu em mais um elemento de enfraquecimento das lutas sociais em defesa dos direitos e, portanto, do controle democrático da política de saúde. Essas questões serão abordadas ao longo desta pesquisa.

A política é a atividade que realizam os grupos/classes que compõem a sociedade em torno da relação social que constitui o poder, na definição de Mario Testa (1992). Essa política, em inglês é chamada de *politics* (que diz respeito aos temas clássicos da política como partidos, eleições, governo, parlamento) para diferenciar da *policy* (política de ação do Estado na sua relação com a sociedade) como é o caso da política de saúde. Para compreender a relação entre a *politics* e a política de saúde é necessário analisar como os diversos grupos/classes se comportam em relação às diferentes propostas de estruturação

do setor saúde e à destinação de recursos para os projetos em disputa. Identificar os principais atores/forças políticas envolvidos nesse processo e suas relações com o Estado, que é a materialização do poder na sociedade, é um dos objetivos desta pesquisa. Analisar as disputas em torno da política de saúde no Brasil, identificar os principais atores e interesses envolvidos e o lugar que a APS tem ocupado nessa arena política, são questões que norteiam este trabalho (BOSCHETTI, 2006a).

Outra dimensão a ser investigada é a do papel dos médicos na determinação das formas de organização dos serviços de saúde, um dos componentes do processo de produção, mas que sempre desempenharam função estratégica. No entender de Testa (1992), os médicos compõem um “grupo de trabalhadores que não são nem produtores diretos, nem proprietários do capital, mas controladores do processo (profissionais e técnicos de alto nível)”, que comporiam o que pode ser chamado de classe média. Com a ampliação das funções do Estado, surgiu uma moderna burocracia que favoreceu a expansão de camadas médias. Somado a isso, o avanço do conhecimento técnico impôs a sua utilização em detrimento de práticas antigas, assim, surgiram várias profissões para ajudar o Estado a desempenhar o papel de gerenciar as demandas sociais (PEREIRA, 2008). Entre elas, os médicos têm papel destacado.

O incremento das responsabilidades sociais do Estado exigiu a constituição de fundos públicos para financiar novas carreiras e qualificar pessoal capaz de projetar e executar a política nacional, as políticas sociais e o ordenamento urbano-industrial. Assim, a profissão, que originalmente se constituiu com um perfil liberal, passou a compor parte do trabalho assalariado desenvolvido pelo Estado na execução de políticas de saúde e, também, parte da classe que explora a força de trabalho de outros trabalhadores.

Os médicos nunca desempenharam papel neutro nessa contradição entre interesses privados e participação do Estado na prestação de serviços de saúde, segundo Berlinguer (1987), em sua obra *Medicina e Política*. A ideologia liberal, predominante entre os médicos, conforme dissecada por Donnangelo (1975) e Campos (1988), combina: “o princípio da livre escolha e do segredo profissional, a negação do assalariamento, o custeio parcial dos serviços pelo cliente, a redefinição do papel do Estado” (DONNANGELO, 1975, p. 133).

A medicina liberal tornou-se hegemônica antes de ocorrer a penetração do capital na produção de saúde e a ampliação das funções sociais do Estado. Com o desenvolvimento do complexo médico-industrial, como se tem denominado a exploração capitalista da saúde, a medicina liberal tornou-se economicamente subordinada e se

reduziu a um componente da nova forma de organização social no capitalismo avançado. Mas, apesar disso, a ideologia liberal continua a orientar o posicionamento dos médicos e dos seus movimentos políticos (NOGUEIRA, 2007).

Campos (1988) em sua análise sobre o posicionamento dos movimentos dos médicos em relação à política de saúde constatou que, em diversos momentos no período analisado (1970 a 1984), esses defenderam interesses comuns com prestadores capitalistas de serviços de saúde. O autor acrescenta que devido à vinculação estrutural dos médicos com as formas privadas de prestação de serviços, a função social do médico em formações econômico-sociais capitalistas é de exercer um tipo de controle social e, portanto, participar da reprodução das condições de dominação. A corrente política com maior influência entre os médicos naquele momento (e, provavelmente, ainda hoje), era a neoliberal, materializada na defesa do exercício autônomo da profissão, do financiamento público para serviços privados e pela resistência à intervenção do Estado na saúde, que acarretaria limites à atuação dos médicos.

Outro exemplo claro do papel dos médicos na definição das políticas de saúde pode ser identificado nos EUA. A poderosa Associação Médica Americana (AMA) desempenhou papel determinante, junto com os capitalistas da saúde, no sentido de impedir, desde o início do século XX, o desenvolvimento de qualquer política de saúde que ameaçasse seus interesses, contrários a toda forma de prática contratual/assalariada e de intervenção do Estado que ultrapassasse os limites da saúde pública. Foi assim que, em 1920, a AMA estabeleceu uma política de oposição ao seguro-saúde compulsório, que permanece até os dias atuais (ROSEN, 1994). Também na Inglaterra, o *National Health Service (NHS)* foi implementado contra a opinião da maioria dos médicos, que resistiu à perda da sua autonomia liberal e conseguiu impor uma modalidade de vinculação que atendeu aos seus interesses (BERLINGUER, 1987).

Berlinguer (1987) aponta a contradição enfrentada pela maioria dos médicos, que vivem da doença, não da saúde, estão cointeressados na morbidade e não na prevenção. Essa condição gera um constante conflito entre sua própria “missão” e seus interesses, entre a moral declarada e a moral praticada, pois seus ganhos crescem em proporção direta da impossibilidade da medicina de vencer as doenças decorrentes das relações sociais. Outra contradição, destacada pelo autor, resulta do fato de que o aumento do número de médicos não acarretou necessariamente melhoria do estado de saúde da população, levando à “diminuição do *poder dos médicos*, que na história constituíram quase sempre uma



influyente elite social, cultural e muitas vezes política, mas que foi gradualmente diminuindo” (BERLINGUER, 1987, p. 153).

Como reflexo da organização da prática médica, cada vez mais especializada e fragmentada, as escolas médicas, a partir do Relatório Flexner, voltam-se para a formação de profissional adequado a esse mercado, apesar dos movimentos da medicina integral, preventiva e comunitária, que permaneceram marginais. Berlinguer (1987) denuncia a transformação do ensino universitário em “centro de interesses mercantis e de clientela”, concluindo que, para melhorar a formação dos futuros médicos, é preciso quebrar esses interesses, o que exige duas grandes reformas, a do sistema de saúde e a da universidade. Esse é, assim, mais um elemento que impõe dificuldades ao processo de implementação de serviços básicos de saúde, uma vez que os profissionais, tanto pela formação que recebem como pela sua inserção social, visam cada vez mais às especialidades mais rentáveis, como a cirurgia plástica e a dermatologia estética, bem como à inserção em serviços privados de saúde. Esses são os motivos que fazem com que essa dimensão seja necessariamente analisada quando se trata de investigar as determinações da baixa valorização da APS no contexto do sistema de saúde brasileiro.

A análise foi desenvolvida com base em categorias fundamentais para a compreensão das tendências presentes nas políticas saúde, entre elas: a universalização e o seu contraponto, a focalização, ou seja, a conformação legal da saúde como direito social, dependente de ser conquistado na prática, e o seu reverso, o direcionamento das ações para os mais pobres; a cobertura/acesso das ações, a partir dos conceitos de universalidade e integralidade; a relação público/privado no financiamento, na gestão e na execução das ações de saúde; a centralização/descentralização na implementação da política de saúde; o controle democrático da política por parte da população.

Adotou-se como método de análise da política social a pesquisa documental, buscando as reflexões dos principais autores sobre as diversas determinações do problema em questão, além de consulta às principais fontes de informação que permitissem delinear a conformação atual do problema.

No primeiro capítulo, foi realizada uma revisão histórica da evolução da política de saúde em diferentes contextos e sociedades, destacando fatos significativos para os objetivos desta pesquisa, com o objetivo de contextualizar no seio da política social, as origens da estruturação das ações de saúde e da atenção primária, em particular.

No Capítulo II, buscou-se a partir de uma análise histórica da formação da sociedade brasileira, apoiada em alguns dos seus principais pensadores, identificar as

sucessivas conformações que a política de saúde assumiu no Brasil, em particular a atenção primária, nos marcos de um capitalismo periférico e de um Estado hegemônico pelos interesses do capital.

No capítulo III foi recuperada a evolução dos conceitos e modalidades de organização da APS, como forma de identificar os principais problemas enfrentados para a sua consolidação, além das diferentes propostas de mudança do modelo assistencial que surgiram no bojo da luta pela reforma sanitária. Para a análise da conformação atual do sistema de saúde, foram utilizados os dados das últimas edições de pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): a Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) dos anos 2002, 2005 e 2009, e a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD), particularmente, o suplemento para a saúde intitulado Acesso e Utilização de Serviços de Saúde, referentes aos anos de 1998, 2003 e 2008.

O estudo sobre o financiamento da política de saúde, no Capítulo IV, que compreendeu o período entre 2001 e 2011, teve como fontes, para os dados federais, o SIGA Brasil, um sistema de informações sobre orçamento público, do Senado Federal, acessado por meio do endereço < <http://www12.senado.gov.br/orcamento/sigabrasil> >. Os dados referentes a estados e municípios tiveram como fonte o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), coordenado pelo Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento, da Secretaria Executiva do MS. O SIOPS é alimentado pelos estados, Distrito Federal e municípios, gerando vários indicadores, entre eles, o percentual de recursos próprios aplicados em ações e serviços públicos de saúde, que permite avaliar o cumprimento da EC 29. Os dados foram acessados no endereço < <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/texto/7059/909/Indicadores.html> >. Além disso, utilizou-se o relatório da OMS, *WORLD HEALTH STATISTICS. Health Expenditure*, de 2011, para comparação internacional das despesas com saúde referentes aos anos de 2000 e 2008.

O estudo desenvolvido no Capítulo V sobre um dos elementos fundamentais para a execução das políticas de saúde – os médicos – apoiou-se em trabalhos relevantes sobre o tema. Para a construção do perfil do trabalho médico no Brasil, além da pesquisa AMS, foram utilizadas quatro pesquisas realizadas pelo Conselho Federal de Medicina: Os médicos no Brasil: um retrato da realidade, de 1997; O médico e seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil, de 2004; Demografia Médica no Brasil, volumes. 1 e

2, de 2011 e 2013, respectivamente. As duas primeiras utilizaram metodologias de amostragem, as duas últimas, os bancos de cadastramento dos Conselhos.

Com esta pesquisa pretendeu-se contribuir para o conhecimento das determinações das dificuldades de consolidação de um sistema de saúde público e universal tendo como eixo estruturante a APS. Sabe-se, entretanto, que isso só será concretizado como conquista da luta política e social desenvolvida pelas classes-que-vivem-do-trabalho. A garantia plena do direito humano à saúde tem como pré-condição a superação da lógica da apropriação privada da produção social por outra, que assegure a todos a satisfação de suas necessidades.

## **Capítulo I**

### **Evolução histórica das políticas de saúde**

Desde a antiguidade, a luta contra as doenças e pela preservação da vida é um desafio que as sociedades têm enfrentado de forma diferenciada, segundo as características de cada formação social específica. Assim, em cada momento histórico, foram construídas respostas aos principais problemas, como o controle das doenças transmissíveis, o saneamento do meio, a provisão de água tratada e de comida suficiente e adequada, a assistência aos doentes. As desigualdades que pautaram as diversas formações sociais deixaram suas marcas tanto na ocorrência das doenças, como nas diferenças de acesso aos meios para preservar e recuperar a saúde. Uma breve retomada da evolução das concepções de saúde e doença e das formas de organização do cuidado em saúde, no contexto das diversas sociedades e das políticas sociais, permitirá construir o pano de fundo e destacar aspectos relevantes para a presente pesquisa.

Já na Grécia antiga, uma economia escravagista, as prescrições para uma vida saudável eram destinadas, conforme descreve Rosen (1994), a uma pequena classe que dispunha de lazer, a aristocracia, enquanto a assistência médica era oferecida por médicos itinerantes, também filósofos, que durante epidemias abriam mão de pagamentos. Os romanos foram os primeiros a criar serviços médicos, inclusive o hospital, no século I d.C. sob a influência do cristianismo, instituição que, muito mais tarde, irá ocupar o centro da organização da atenção à saúde.

A história do cuidado em saúde é determinada, de um lado, por fatores políticos, econômicos e sociais, característicos dos diferentes contextos e, de outro, pela concepção de saúde que predominou em cada sociedade, relacionada ao estágio de desenvolvimento do conhecimento. Apesar de a medicina apresentar certa aura de neutralidade, por ser uma das mais antigas formas de intervenção humana na saúde, mas, também, pelo caráter de cientificidade que adquiriu muito posteriormente e pela função social de cura que desempenha, na realidade, é uma prática social submetida às determinações das sociedades nas quais se desenvolveu. Ao longo da história, em todas as sociedades divididas em classes, a prática médica foi marcada pela diferenciação, conforme se destinasse às distintas classes e camadas sociais (DONNANGELO, 1979).

Os conceitos que a humanidade desenvolveu sobre a natureza da doença e de suas causas influenciaram, conseqüentemente, o modo como se buscou enfrentar esses

problemas. Na Antiguidade e em parte da Idade Média, predominou a visão de que a enfermidade relacionava-se com fenômenos sobrenaturais, com as teorias sobre a mistura anormal dos fluidos do corpo (humoralismo) ou sobre os estados das partes sólidas do corpo (solidismo). Por milhares de anos, as epidemias foram consideradas punição divina às maldades do ser humano, a teoria teúrgica da doença. Causas naturais, como o clima e o ambiente físico, foram mais tarde estudadas, na Grécia, nos séculos V e IV a.C., como uma primeira tentativa científica para explicar o fenômeno saúde-doença (ROSEN, 1994).

Na Idade Média, predominaram concepções mágicas e religiosas. Ritos pagãos sobreviviam ao lado do cristianismo, cuja conexão da doença com o pecado incluía também como causas a feitiçaria e a possessão pelo diabo. Nesse período, os cuidados eram realizados principalmente em claustros e igrejas e os médicos eram, geralmente, clérigos, que exerciam a medicina como caridade, com sua subsistência garantida pela Igreja. Só no século XI é que leigos, assalariados pagos por senhores, passaram a assumir a medicina. Nesse período também se desenvolveu a participação da assistência social no tratamento de doenças e outros infortúnios, evidenciada na criação de hospitais com motivos religiosos e sociais. Há uma grande expansão desses serviços hospitalares e, como exemplo, no século XV, Paris dispunha de 40 hospitais e quase igual número de casas de “leprosos”, que denuncia outra marca da medicina sob influência da religião: a segregação e estigmatização de algumas doenças (ROSEN, 1994).

No Ocidente, portanto, os hospitais se originaram da Igreja, que até o século XII era a única instituição na Europa, cuja função principal era cuidar do doente. A partir daí, as cidades passaram a fundar hospitais por meio das guildas, posteriormente transferidos para a jurisdição secular, mas mantendo com os religiosos a assistência aos enfermos. Na Idade Média, o “hospital não era uma instituição médica e a medicina era uma prática não hospitalar”. Antes do século XVIII, o hospital era o “local de assistência aos pobres”, onde deveriam ser dados os últimos sacramentos antes da morte, também, de “separação” e “exclusão”, pois o pobre necessitava de assistência e, doente, constituía-se em perigo em função do contágio. Na Inglaterra, os hospitais começaram a ser implantados no início do século XVIII, alguns gerais e outros voltados para agravos específicos, como doenças venéreas, varíola, problemas mentais, gestantes e para “enjeitados”. Por volta dessa época, compreendeu-se a necessidade de “complementá-los” com outro tipo de instituição, como verificaremos mais adiante (ROSEN, 1994; FOUCAULT, 1995, p. 101).

Até o final do século XVII, os cuidados coletivos de doentes eram realizados pela assistência social, a medicina era apenas um componente das ações destinadas aos

“doentes pobres”. No século XVIII, com a emergência das relações capitalistas de produção, ocorre o afastamento dos problemas de saúde em relação às técnicas de assistência. Nessa época, as ações sociais eram regidas pela Lei dos Pobres elisabetana, que operava uma categorização funcional dos pobres em relação ao trabalho – bons e maus pobres, ociosos voluntários e desempregados involuntários, os que podem fazer algum trabalho e os que não podem – tornando a pobreza útil para a produção e, ao mesmo tempo, aliviando o seu “peso” para a sociedade. A partir dessa categorização, emergiu o problema específico da “doença dos pobres” e os seus nexos com os imperativos da produção (FOUCAULT, 1995, p. 196).

Também nasce nesse século a necessidade de o poder político assumir o objetivo de preservar a saúde e o bem-estar físico da população. É com a ampliação das funções do Estado para além da defesa e das funções judiciárias, incorporando a manutenção da ordem e a organização do enriquecimento, que se desenvolvem as funções de polícia, compreendidas então, como “um conjunto de regulamentos e de instituições públicas” que incluem a regulamentação econômica, as medidas de ordem e as regras gerais de higiene. Essas ações correspondem hoje ao campo de ação da vigilância sanitária (FOUCAULT, 1995, p. 197).

Com essas duas transformações – uma nova organização da assistência e uma “polícia” geral da saúde - a medicina ganha grande importância, motivada pela necessidade de preservação da força de trabalho, mas também pelo objetivo de controle e integração da população, em crescimento acentuado, à ordem instituída. Duas características são destacadas por Foucault em relação a esse período: a medicalização da família, responsabilizada moralmente e, em parte, economicamente, pelo cuidado das crianças; e o domínio da higiene – a medicina como instrumento de controle social. Controle social aqui no sentido dado pelos pensadores clássicos, como Durkheim, controle do Estado ou das classes dirigentes sobre o indivíduo ou as classes subalternas, visando a obter obediência.

A higiene atua, principalmente, sobre o espaço urbano, considerado o meio mais perigoso para a saúde da população, como um “regime de saúde da população”, implicando uma intervenção autoritária e medidas de controle por parte da medicina, como “técnica geral da saúde” mais do que como serviço das doenças, e passa a ocupar um lugar cada vez mais importante nas estruturas administrativas do Estado. O médico passa a exercer enorme poder social, como higienista, é o conselheiro e o perito sobre as “formas gerais da existência e do comportamento” e na arte de “melhorar o corpo social” e manter

o estado de saúde (FOUCAULT, 1995, p. 202). Os problemas de saúde eram vistos pela ótica da necessidade de aumentar a população sadia, como meio de fortalecimento político e econômico do Estado.

No século XVIII, em decorrência das transformações da medicina, com o avanço sobre o conhecimento do corpo, iniciam-se questionamentos à eficácia do hospital, visto mais como um “foco de morte para a cidade”, do que como um local de tratamento para toda a população. Como é o espaço urbano que a medicina deve “purificar”, ele passa a ocupar um lugar secundário. Na Inglaterra, difunde-se a ideia de substituir o hospital por três iniciativas: a hospitalização a domicílio, que apesar de considerada perigosa em caso de doenças epidêmicas, apresentava vantagens econômicas e médicas, uma vez que a família realizaria cuidados mais apropriados do que os do hospital; a distribuição de médicos, oferecendo serviços gratuitos ou com o menor custo possível; a implantação de “dispensários”<sup>12</sup>, como forma de generalização de consultas, cuidados e distribuição de medicamentos. Na França, procedeu-se à distribuição homogênea de médicos nas cidades e no campo (FOUCAULT, 1995, p. 203). Esse movimento de descentralização da assistência do âmbito hospitalar para outros serviços e para o domicílio expressa-se tanto na alocação de médicos por distrito, responsáveis por cuidados básicos para toda a população, como na implantação dos “dispensários”, que realizavam assistência, inclusive nos lares. Essas propostas configuram o que pode ser considerado o embrião da concepção de APS, mais tarde pensadas como forma de substituir o hospital capitalista no centro do sistema.

### **1.1 Política social no capitalismo e medicalização**

No final do século XVIII, ocorreu a transformação capitalista do hospital de local de assistência material e espiritual do “pobre que está morrendo”, um “lugar para morrer”, onde se busca não a cura, mas a “salvação”, para um hospital médico, local de atuação e de consolidação do saber médico. Até então, a qualificação para exercer a medicina era feita pela corporação, incluindo conhecimento de textos e prescrição de receitas, de forma totalmente alheia ao ambiente hospitalar. O médico intervinha na doença segundo a noção de “crise”, observando o doente para identificar o momento em que a “crise” se instalava, quando “se confrontava a natureza sadia do doente com o mal que o atacava”. A ação do

---

<sup>12</sup> Segundo Rosen (1994), os dispensários foram implantados a partir de 1769, inicialmente voltados para assistência a crianças e grávidas, mas, posteriormente, assumindo características de serviço geral, que incluíam o atendimento domiciliar para pessoas incapacitadas de ir ao dispensário. Configuraram um tipo de serviço ambulatorial que apareceu, inicialmente em Londres, e se espalhou para outras cidades inglesas.

médico visava à vitória da natureza sobre a doença. A cura era um “jogo entre a natureza, a doença e o médico”, onde este era o aliado da natureza. Esse tipo de medicina representava uma relação extremamente individual entre o médico e o doente. Assim, o hospital era totalmente alheio à medicina e esta ao hospital (FOUCAULT, 1995, p. 102).

Com a chamada medicalização do hospital, surge a figura do médico do hospital, pois até o século XVIII, o médico não estava no espaço do hospital, realizava consultas privadas. A reestruturação desse espaço, com os médicos assumindo a administração, e o desenvolvimento dos registros, transforma-o em um local de acúmulo de saber e, com o tempo, de formação dos médicos.

A primeira vez que se concebeu a **obrigação do Estado** com a garantia dos **direitos sociais** ocorreu na França, durante a Revolução Francesa de 1789, com o movimento de ascensão da burguesia ao poder, com suas bandeiras de *liberdade, igualdade e fraternidade*. Embora predominasse o pensamento liberal, abriu-se espaço, pela primeira vez, para a entrada da pobreza na cena política, manifesta na ideologia jacobina, que opunha à *liberdade* a questão da *necessidade* e da igualdade social (DONNANGELO, 1979). Foram aprovadas leis estabelecendo um sistema nacional de assistência social, incluindo assistência médica, reconhecendo-se a relação direta entre pobreza e doença. Cada distrito disporia de três médicos encarregados de cuidar dos indigentes e das crianças. O plano, entretanto, não se consolidou devido à insuficiência de recursos, em função da guerra em curso e, posteriormente, com a derrota da Revolução, foi esquecido (ROSEN, 1994).

A concepção de *medicina social* surgiu no contexto de outro processo revolucionário, também na França, em 1848, quando as diferentes classes sociais se enfrentaram em torno do projeto político da burguesia, mas com o proletariado desempenhando um papel político ativo na luta pela implantação de sua *república social*, apesar de não dispor de condições objetivas para viabilizar esse objetivo. Essa concepção, forjada ao longo da primeira metade do século, inclui:

análise dos problemas sociais e de sua relação com a saúde e a doença; determinação de medidas para a promoção da saúde e a prevenção de doenças; finalmente, a medicina como ‘terapia social’, através do ‘fornecimento de meios médicos e outros meios para tratar com a desintegração social e outras condições que a sociedade pode experimentar (DONNANGELO, 1979, p. 57).

Essa *medicina social*, que se desenvolveu na França e na Alemanha, está relacionada com as primeiras iniciativas de políticas sociais voltadas para a consolidação



da ordem burguesa, mas também com as lutas por sua superação. Foi, entretanto, na Inglaterra, como veremos mais adiante, que ela conseguiu se desenvolver em toda a sua potencialidade. Pereira (2008) aponta os três pilares constitutivos da política social no século XIX: o desenvolvimento da industrialização e do capitalismo, modo de produção cujo eixo é a transformação da força de trabalho em mercadoria e sua exploração por parte dos donos dos meios de produção; a formação dos Estados nacionais, como forma de centralização do poder; e a configuração da democracia de massas, a partir da Revolução Francesa, que assume a conformação de democracia política como meio de sustentação da desigualdade social.

A autora também destaca um elemento central na análise de políticas sociais. O caráter desigual da sociedade capitalista tem reflexo direto nessas políticas, que se apresentam como um fenômeno contraditório, pois ao mesmo tempo em que visam à satisfação das necessidades sociais, também atendem aos interesses das classes dominantes, sob a forma de legitimação, controle do Estado e das classes dirigentes sobre as classes subalternas, ou mesmo, de ganhos econômicos (PEREIRA, 2008).

As políticas sociais, para além do aspecto político e ideológico, e da satisfação das necessidades sociais das classes trabalhadoras,

podem mesmo corresponder ao interesse imediatamente econômico do capital, quer por ativarem determinadas áreas de produção, quer por representarem a garantia de um salário indireto o qual, refletindo-se em uma redistribuição da renda ou em um maior montante de consumo, traz ademais a vantagem de não incidir diretamente sobre o capital sempre que os custos são socializados, sobretudo por meio da participação do Estado (DONNANGELO, 1979, p. 44, 45).

A política social, como resultado da relação conflituosa entre Estado e sociedade, reflete os interesses antagônicos das diferentes classes que constituem determinada formação social, em cada momento histórico. Portanto, a sua conformação vai depender da correlação de forças entre essas classes, da luta concreta que “os de baixo” realizam e de seu poder de arrancar do Estado uma fatia maior para a garantia de seu bem-estar, impondo, como Marx denominou, limites ao capital. No capitalismo, o interesse fundamental das classes possuidoras em garantir lucros crescentes apresenta uma contradição frontal com a satisfação das necessidades humanas, pois cada concessão feita a essas representa uma correspondente redução nos ganhos almejados. Porém, muitas vezes, diante de uma ameaça maior é preciso ceder “os anéis para não perder os dedos”.

Retomando a análise das principais mudanças ocorridas no âmbito das ações sociais e de saúde, no período que antecede a emergência do capitalismo, é importante registrar que na Inglaterra, desde 1601, essas tinham como matriz a Lei dos Pobres elisabetana, que efetuava uma categorização dos pobres em relação ao trabalho, a partir da qual se ofereciam diferentes abordagens, com ênfase na administração local nas paróquias. Para ter direito à assistência era necessário estar incapacitado para o trabalho e preencher duas condições: a da residência e a da naturalidade, o que penalizava os que se deslocavam em busca de melhores condições de trabalho.

Castel (2003) evidencia que também na França e nos Países Baixos cada paróquia era responsável por seus pobres, e como os mendigos representavam uma ameaça, pois sua independência era inaceitável, eram recolhidos aos hospitais gerais para “regeneração”, uma forma de intervenção assistencial. Entretanto, essa “internação” destinava-se apenas aos mendigos domiciliados, os estrangeiros e vagabundos ficavam à mercê da polícia. Ressalte-se que a maioria dos considerados vagabundos tinha um ofício, mas não conseguiam trabalho. A questão da vagabundagem é para Castel (2003, p. 142) o “modo como se expressa e se oculta a questão social na sociedade pré-industrial”.

Entretanto, já em 1662, passou a existir apenas um tipo de atendimento, nas chamadas *workhouses*, para onde eram encaminhados todos os pobres (o *impotente*, o *sem trabalho* e o *indolente*). As ações assistenciais garantiam auxílios mínimos aos pobres reclusos nessas casas de trabalho, cujo acesso era extremamente restritivo. Para receber a ajuda os pobres eram obrigados a realizar um trabalho. Essa orientação para o trabalho era característica do Mercantilismo, sistema econômico em que a utilização do trabalho é a fonte da riqueza, sendo a pobreza providencial, pois gerava os braços necessários para a produção (BEHRING & BOSCHETTI, 2006; PEREIRA, 2008).

Assim, para manter a população em condições de produzir, era preciso, em primeiro lugar, cuidar de sua saúde, e em segundo, controlá-la para utilizá-la segundo os interesses da política pública. Era, portanto, necessário dar alguma atenção aos problemas de saúde. Qualquer perda na produtividade do trabalho, decorrente de enfermidade ou morte, tornava-se um problema econômico. Passou-se a usar métodos estatísticos para analisar os problemas de saúde e, concluiu-se que, para aumentar a população era preciso criar condições mínimas para promover a saúde, prevenir a doença e oferecer cuidados médicos aos pobres. É a primeira vez que se concebe uma política nacional de saúde, ainda que essa tenha ficado apenas no plano das ideias. William Petty, o pai da aritmética política, posteriormente denominada estatística, em 1676, salienta ser *dever do Estado*

*promover o progresso médico* e propôs a criação de um Conselho de Saúde para cuidar dos assuntos da saúde pública, em Londres. John Bellers, em 1714, também propôs um serviço nacional de saúde, considerando que doença e morte significavam *desperdício de recursos*, revelando o que movia o interesse pela saúde: a necessidade de aumentar a riqueza (ROSEN, 1994, p. 98 e 99).

Essas propostas, entretanto, não se concretizaram, porque, mesmo limitadas, não se coadunavam com as tendências políticas dominantes e pressupunham a existência de algum grau de centralização do Estado, ainda inexistente, pois, nas relações sociais pré-capitalistas predominava a administração local dos problemas de saúde, nas freguesias, que não dispunham de mecanismos para atender às necessidades sociais.

Antes de prosseguir na configuração das ações de saúde na Inglaterra, é preciso registrar uma experiência anterior, ainda no Mercantilismo, que delineou outro aspecto crucial para a conformação das ações de saúde, a chamada *polícia médica*. Nos estados monárquicos germânicos desenvolveu-se uma teoria paternalista da relação do monarca com seus súditos, era seu dever cuidar da saúde de seu povo, que não passava de objeto do cuidado. A preocupação central era o crescimento da população como fonte de “prosperidade”. A ideia de *polícia médica* baseou-se na criação de uma política médica pelo governo e sua efetivação por meio de regulação administrativa. O objetivo principal era o fortalecimento da força estatal (FOUCAULT, 1995).

Para compreender o nascimento dessa experiência, a primeira medicina de Estado, é preciso destacar que o primeiro Estado moderno desenvolveu-se na Prússia, no final do século XVIII, justamente por conta do fraco desenvolvimento econômico e político daquele país, e da necessidade de enfrentar as dificuldades daí advindas. Essa medicina tem como principais características: um sistema mais completo de observação das doenças do que os quadros até então existentes; um sistema de normatização/controlado da formação do médico por parte do Estado; a subordinação da prática médica a uma administração centralizada; e por último, a criação de um corpo de funcionários médicos nomeados pelo governo, responsáveis por uma região, conformando uma pirâmide, cuja base é o médico responsável por um distrito. É a primeira forma que a medicalização assume, a partir da ação do Estado. O controle e a manutenção da saúde atingem todos os aspectos da vida dos indivíduos, não apenas o da doença, e são realizados por um corpo de funcionários médicos, controlados pelo poder político (FOUCAULT, 1995).

Aqui, é preciso caracterizar o conceito de medicalização, cada vez mais utilizado nos dias atuais, e que apresenta uma ampla gama de sentidos. Dois autores são chaves para essa definição: Michel Foucault e Ivan Illich.

Foucault trabalha com a perspectiva de que com o capitalismo, a medicina que era uma ação completamente individual, estabelecida na relação entre o médico e o paciente, passou a assumir uma dimensão coletiva, com a socialização do seu objeto, o corpo, como força de trabalho. Para Foucault (1995), a medicina é uma estratégia biopolítica, porém, na evolução histórica da medicina social, a medicina da força de trabalho surgiu na última etapa. Primeiro, ocorreu a socialização via medicina de Estado alemão, depois a medicina voltada para a intervenção na cidade, a medicina urbana francesa, e, por último, a medicina inglesa, que por se desenvolver no país de capitalismo mais avançado, constituiu o modelo que melhor atendeu às necessidades de controle da saúde dos mais pobres, da força de trabalho, e, ao mesmo tempo, um esquadramento geral de saúde pública, que permitiu às classes mais ricas se proteger dos perigos que a ameaçavam. Essas modalidades de socialização da medicina serão vistas mais adiante. Neste momento importa destacar o conceito de medicalização (FOUCAULT, 1995).

Ivan Illich, com a publicação da obra “A expropriação da saúde – Nêmesis da medicina”, em 1975, lançou um libelo contra a medicalização social, denunciando as consequências sociais da intervenção da medicina centrada no enfoque biomédico e potencializada pela industrialização, provocando um processo de iatrogênese, ou seja, de produção de efeitos deletérios para a saúde como resultado da intervenção médica. A iatrogênese social seria o “efeito social não desejado e danoso do impacto social da medicina, mais do que o de sua ação técnica direta” (ILLICH, 1975, p. 43).

Para esse autor, seis sintomas marcam essa iatrogênese social: 1) medicalização do orçamento – crescimento exponencial das despesas médicas no orçamento público e no Produto Nacional Bruto, reflexo da crença de que o bem-estar depende do gasto em saúde e da distribuição de produtos da instituição médico-farmacêutica; 2) invasão farmacêutica – aumento da prescrição de medicamentos, associada ao tratamento de sintomas, uma estratégia da indústria farmacêutica; 3) controle social pelo diagnóstico – medicalização das categorias sociais por meio da “etiquetagem iatrogênica” das diferentes idades da vida humana; a cada idade corresponderia uma forma de otimizar a saúde-mercadoria; 4) medicalização da prevenção – depois da doença, são medicalizados os cuidados em saúde, manifestos no consumo de exames preventivos (check-ups), não seria mais necessário estar doente para se transformar em paciente; 5) medicalização dos grande rituais –

desenvolvimento de técnicas para prolongar a vida dos que estão à morte – “avanços médicos” que caracterizam a medicina terminal e colocam a morte sob relativo controle médico; e 6) multiplicação ilimitada dos papéis de doente – quase eliminação do status de saudável, a ponto de “se tornarem exceção as pessoas que não entram em nenhuma categoria terapêutica”, tendo como resultado, “uma sociedade mórbida que exige medicalização universal e uma instituição médica que atesta morbidade universal” (ILLICH, 1975, p. 71-74).

Mesmo considerando alguns excessos na elaboração de Illich, pois é inegável que alguns avanços científicos contribuíram para recuperar a saúde e melhorar a vida das pessoas, não se pode deixar de considerar que essa medicalização consistiu na satisfação dos interesses do capitalismo de ampliar seus espaços de lucro, antes restritos a algumas doenças, e que, assim, se espalha para todo o corpo social e para todas as fases da vida.

No Brasil, alguns autores trabalharam com essa temática. Destacamos as contribuições de Maria Cecília Donnangelo e Madel Luz.

Donnangelo, em sua obra “Saúde e Sociedade”, partindo das premissas de Illich e de Polack, considera que as determinações da medicalização podem ser encontradas nas relações entre a prática médica e as necessidades de acumulação capitalista. Em primeiro lugar, a ação da medicina visa à reprodução da força de trabalho necessária à produção, mas, também, estende-se à preservação da força de trabalho não envolvida com a produção, para manter níveis adequados de “força de trabalho potencial”. Em segundo lugar, ocorreram modificações no interior do processo de trabalho, resultado da interposição entre o médico e o objeto de trabalho (o corpo), de uma variedade de instrumentos – equipamentos, materiais e medicamentos – mercadorias, “cuja produção é externa à medicina, mas cujo consumo só se efetiva através dela”. Com isso, a prática médica passa a ocupar um lugar central na realização do valor dessas mercadorias. Dessa forma, tanto as necessidades de reprodução da força de trabalho, como as de reprodução de capitais, aplicados em diversos setores de produção, determinam a medicalização da sociedade, funcional à acumulação capitalista (DONNANGELO, 1979, p. 37 e 38).

Mas, a prática médica não atua somente no campo da reprodução do capital, ou seja, no plano econômico, também tem papel político e ideológico, uma vez que as políticas de ampliação do consumo de bens e serviços assumem um sentido de “suavização de conflitos sociais”, pois correspondem a um “deslocamento para a exclusiva esfera do consumo, de antagonismos identificáveis na esfera da produção”, contribuindo, assim, para garantir a hegemonia política e ideológica da classe dominante (DONNANGELO, 1979, p.

44). As políticas sociais, nesse sentido, assumem uma dimensão de proporcionar o consumo de determinados bens e serviços (educação, saúde, habitação), por meio do Estado, como agente privilegiado do capital, mas com a imagem fetichizada de entidade representativa do “interesse geral”, o que confere certa aura de autonomia em relação às classes sociais. O que não significa que essas políticas propiciem qualquer alteração no processo de produção, marcado na sociedade capitalista pela contradição essencial entre o caráter social da produção e o caráter privado da sua apropriação. A compreensão da política social como parte do processo de controle dos antagonismos pressupõe, segundo a autora, a compreensão de que ela expressa as relações das forças sociais em sociedades concretas (DONNANGELO, 1979).

Madel Luz, em sua obra “Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna”, estuda o processo que tornou hegemônico nas ciências o modelo positivista, a partir da segunda metade do século XIX, fazendo com que a “exatidão” das disciplinas da Natureza passasse a ser o ideal das disciplinas do social, a *naturalização* do social. Entre as disciplinas naturais, no século XVIII, as mais eficazes para a apropriação da Natureza, destacavam-se as ciências físicas, cujos elementos de síntese epistemológica eram: o *modelo* explicativo (mecanicista), o *método* (experimentalista e dedutivista) e a *linguagem* (matematizante). Essa síntese converteu-se nos traços básicos da racionalidade moderna, sendo um exemplo para a totalidade das disciplinas, apesar do surgimento do pensamento de Marx, evidenciando que sob a naturalização de certas categorias sociais estava a própria história social dos homens.

Esse modelo permitiu às ciências humanas construir uma percepção do mundo e das relações baseada numa lógica dicotômica: normalidade-patologia, equilíbrio-desvio, harmonia-perturbação, o que leva a medicina a produzir um *discurso natural sobre uma realidade social*. Essa racionalidade médica dominante fragmenta e manipula os homens, despojando-os de sua condição de sujeitos, e conduz à perda da dimensão humana e social da existência, tornando, assim, possível a imposição de formas autoritárias de sociedade, por meio da afirmação de seu caráter funcional e instrumental.

A autora enfatiza, além da medicalização coletiva, curativa e preventiva, que se transformou em *norma médica* ou *decisão política*, questões importantes para a medicina social, como o progressivo abandono pela prática clínica da arte de curar indivíduos doentes para se transformar numa ciência das entidades patológicas, a partir da reorganização dos hospitais como espaço privilegiado de sua aplicação. Com isso, o medicamento assumiria progressivamente a forma privilegiada de intervenção médica,

contrariando a visão hipocrática da clínica. A saúde passaria a ser vista não como a afirmação da vida, mas como *ausência de uma patologia*. A “cura” substituída pela *cessação de sintomas* (LUZ, 1988).

Depreende-se dessas considerações que a medicalização pode ser considerada um processo inerente ao próprio desenvolvimento da medicina sob a égide do capitalismo, cujo modelo de conhecimento científico – a biomedicina – constituiu-se em instrumento adequado para a intervenção política na vida social, interferindo diretamente no modo de vida e, portanto, de consumo das pessoas, contribuindo para a sua adequação às necessidades de acumulação do capital. Esse processo produz uma série de danos à saúde em função da multiplicação de intervenções desnecessárias para a recuperação da saúde, porém imprescindíveis ao complexo médico-industrial, com suas crescentes inovações dos métodos diagnóstico e terapêutico.

Essa medicalização pode ser identificada nos primórdios da medicina moderna, antes mesmo da medicina clínica do século XIX, com a iniciativa do Estado alemão, a primeira no processo de socialização, uma experiência altamente estatizada. Após um período de enfraquecimento, esse modelo é retomado na década de 1880, por Bismarck, no processo de consolidação da hegemonia da burguesia, com a adoção do *seguro social compulsório*, que representou um avanço em relação ao modelo liberal-conservador inglês de assistência aos pobres, pois parte da necessidade da participação do Estado para o controle da pobreza. O eixo articulador do seguro social é o trabalho, pois a sua manutenção é peça chave do processo de acumulação capitalista, propiciando um princípio de extensão do cuidado médico. Isso se deu, evidentemente, em função das crescentes pressões das massas trabalhadoras em luta por seus direitos. Essa nova modalidade de política social vai inspirar iniciativas como a da seguridade social, de Beveridge, no século XX, e se mantém como um dos padrões de política social em vigor até os dias atuais (FOUCAULT, 1995).

Outra vertente que contribuiu para a chamada socialização da medicina nos primórdios do capitalismo foi a da medicina urbana, conforme denominada por Foucault. Surgiu na França, no final do século XVIII, em resposta à fragmentação do poder urbano, diante da ameaça representada pelo crescente proletariado, que se levantava em defesa de sua sobrevivência. O modelo que orientou essa intervenção foi o da quarentena, um dos dois grandes modos de organização médica na história ocidental; desenvolvido para enfrentar as epidemias de peste que dizimavam grande parte da população, tendo como referência o modelo militar. O segundo modelo – medicina da exclusão ou religioso –,

utilizado principalmente como forma de medicalizar a lepra e a loucura, cujos portadores eram afastados do convívio social, como meio de “purificar” os outros. Essas duas modalidades influenciaram por um longo período as ações de saúde pública.

A medicina social francesa significou um aperfeiçoamento do modelo da quarentena, a higiene pública, e preconizou uma série de medidas para sanear a cidade a partir da ação nos locais que representavam “perigo”, como os cemitérios, a água e ar, esse último considerado um dos grandes fatores causadores de doenças pela veiculação de miasmas, a velha crença da Idade Média. Configurando-se assim uma verdadeira medicalização da cidade, essa modalidade representa, entretanto, um avanço, pois se trata de uma “medicina das condições de vida”, do meio de existência. É aí que surge a noção de salubridade como um atributo do meio e de seus elementos, relacionados com o adoecer humano (FOUCAULT, 1995).

Para compreender o surgimento da terceira vertente da socialização da medicina, a medicina dos pobres, da força de trabalho, é preciso recuperar o contexto do desenvolvimento do capitalismo em seu berço.

Na Inglaterra, para criar as bases do mercado de trabalho livre, elemento fundamental para a expansão do capitalismo, foi necessário reformar a antiga Lei dos Pobres, pois até então, não era permitida qualquer mobilidade da força de trabalho. Com o agravamento da pobreza e o achatamento salarial, somados ao medo de que o exemplo da Revolução Francesa se espalhasse, foi adotado o Sistema *Speenhamland*, que instituiu um subsídio ao salário do trabalhador, pago pelas autoridades locais, tendo como base o preço do pão e o tamanho da família, um avanço em relação à Lei dos Pobres, porque, pela primeira vez, a assistência era garantida também aos que trabalhavam. Porém, esse sistema constituiu-se em obstáculo à liberalização do mercado de trabalho e foi revogado pela Nova Lei dos Pobres, de 1834 (PEREIRA, 2008).

A adoção dessa nova forma de política social apoiava-se na concepção liberal, segundo a qual a ajuda social a adultos capazes de trabalhar enfraquecia a economia. Na realidade, visava ao fortalecimento do processo de industrialização, pois garantia assistência apenas aos totalmente destituídos, inclusive da capacidade de trabalhar. Os demais ficavam à mercê das políticas de exploração das classes proprietárias, contribuindo para a formação do chamado exército industrial de reserva, o excedente de trabalhadores que dificilmente conseguirá ocupar um posto de trabalho, mas cuja existência serve para enfraquecer a luta dos trabalhadores por melhores salários e condições de trabalho, em função da permanente ameaça do desemprego.



Em relação à saúde, a medicina inglesa começa a se tornar social com a nova Lei dos Pobres, na medida em que essa legislação incluía um “controle médico do pobre”, determinando a política social do século XIX, porque os pobres passam a se constituir em ameaça à ordem emergente (FOUCAULT, 1995, p. 95). Após a Revolução Francesa e as mobilizações sociais na Inglaterra, os operários tinham se constituído em força política em ação. A legislação garantia a assistência aos pobres e, estabelecia como condição de acesso, um sistema de controles médicos. A contradição que permeia toda política social aparece nessa forma de intervenção médica: uma forma de atender as necessidades de saúde dos mais pobres, os trabalhadores, mas também, uma maneira de garantir a segurança política dos ricos, a burguesia.

A Inglaterra não possuía nenhum sistema efetivo de governo local quando ocorreu a Revolução Industrial; assim, enquanto a indústria crescia, deterioravam-se o bem-estar e a saúde dos trabalhadores. A disseminação de doenças - consequência das condições de vida e trabalho extremamente precárias - somada à elevada mortalidade conformou o caldo de cultura para que os operários passassem a se organizar em defesa de sua sobrevivência, ameaçada pela superexploração. Nunca se produziu tanta riqueza e nunca se viu tanta miséria. Surgiu o primeiro movimento de reforma sanitária do século XIX a partir do qual a saúde pública se desenvolveu tentando fazer frente às consequências da industrialização.

A nova Lei dos Pobres instituiu uma Comissão para acompanhar os problemas de saúde, cujo relator era Chadwick, um liberal que se voltou para o fim de “reduzir as taxas de pobres”, mas que realizou uma série de estudos, inscritos na fundação da moderna saúde pública, entre eles, o *Relatório ou uma Investigação sobre as Condições Sanitárias da População Trabalhadora da Grã-Bretanha*, publicado em 1842. Constatou-se que as condições de vida da classe trabalhadora tornavam-na mais suscetível aos surtos de doenças e a formas mais graves, acarretando “perda econômica” em função das horas não trabalhadas e dos custos dos cuidados médicos, um problema para o crescimento econômico. São, assim, reconhecidos os custos econômicos e sociais das doenças evitáveis, o que motivou a melhoria da saúde pública (ROSEN, 1994, p. 171).

Em 1875 foi aprovada A Lei da Saúde Pública, o primeiro passo na centralização das ações de saúde e de criação de um aparelho administrativo para esse fim, na Inglaterra. A Lei dividiu o país em distritos sanitários, urbanos e rurais, sujeitos à supervisão do Conselho do Governo Local. Cada distrito passou a ter um médico de saúde pública. Esses *health services* tinham por função o controle da vacinação, o registro de doenças e epidemias e a localização e eventual destruição de focos de insalubridade. Na opinião de

Foucault (1995), esses serviços completavam, no nível coletivo, os mesmos controles médicos desenvolvidos pela Lei dos Pobres, constituindo-se em uma modalidade de controle das classes trabalhadoras, suscitando “reações violentas da população, de resistência popular, de pequenas insurreições antimédicas”, na segunda metade do século XIX, na Inglaterra (FOUCAULT, 1995, p. 96).

A medicina social inglesa foi a que mais influenciou o desenvolvimento da medicina no mundo, a partir do final do século XIX. Uma medicina que é, no dizer de Foucault (1995), um “controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas”. O sistema inglês possibilitou a articulação de três elementos essenciais: “a assistência médica ao pobre, o controle da saúde da força de trabalho e o esquadramento geral da saúde pública”; assim, possibilitou a articulação de três sistemas médicos superpostos: uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada dos problemas gerais de saúde pública (vacinação, epidemias, etc.), e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios para pagá-la (FOUCAULT, 1995, p. 97).

Essa conformação da política de saúde evidencia aquela característica discutida anteriormente, a contradição de atender às necessidades de saúde dos trabalhadores e dos pobres, mesmo que parcialmente e, por outro lado, servir aos interesses do desenvolvimento do capitalismo. Esse modelo vai apresentar seus reflexos também no Brasil, a partir do século XX, com a implementação das primeiras ações de saúde pública como forma de garantir o desenvolvimento da indústria agroexportadora, conforme discutiremos no capítulo seguinte.

Em meados do século XIX outros acontecimentos provocaram uma inflexão na concepção de saúde e, portanto, na conformação das políticas para o setor. Pesquisas realizadas com o fim de resolver problemas econômicos, como os processos de fermentação, que envolvem a produção do vinho e da cerveja, e a doença do bicho da seda, importante para a indústria têxtil, levaram a descobertas fundamentais para a medicina. Pasteur e Koch emergem nesse período de desenvolvimento da microbiologia, da bacteriologia e da imunologia. Em um curto período de tempo, entre 1870 e 1900, foram descobertas as causas microbianas de muitas doenças, entre elas o tifo, a lepra, a malária, a tuberculose, a cólera, o tétano, a peste e a febre amarela. A prevenção das doenças infecciosas foi também concebida por Pasteur, entre 1880 e 1888, por meio de vacinas produzidas a partir de micro-organismos atenuados. Uma verdadeira revolução em termos

de conhecimento das doenças responsáveis pelas principais epidemias que dizimavam enormes contingentes populacionais (COSTA, 1986).

A descoberta da origem biológica de várias doenças infecciosas produziu uma reviravolta na concepção do processo saúde-doença. O adoecimento não era mais produto da relação entre saúde e condições de vida, de miasmas que emanavam de ambientes insalubres onde viviam os pobres. Os micro-organismos *causavam* as doenças. Essas conclusões produziram enorme impacto nas diretrizes que orientaram as políticas de saúde a partir do final do século XIX. Estava dada a *possibilidade* de controlar as doenças sem que fosse necessário realizar mudanças nas condições sociais. Os programas de saúde passaram a priorizar a eliminação dos agentes *causadores* das doenças (COSTA, 1986).

Esse clima de euforia com o desenvolvimento tecnológico marcou o início do século XX e, nesse contexto, surgiram novas propostas de organização dos serviços de saúde e, também, de mudanças na formação médica. Dois relatórios se destacam em função da repercussão que produziram: o Relatório Flexner, com diretrizes para reformulação dos currículos médicos nos EUA, com grande influência na América Latina; e o Relatório Dawson, com sugestões de reestruturação dos serviços de saúde, na Inglaterra, em 1920.

Trataremos primeiro das propostas contidas no Relatório Flexner, mas esse tema será retomado com mais profundidade no Capítulo V, destinado à análise da questão dos médicos.

Abraham Flexner, educador americano, em famoso estudo sobre a situação das escolas propôs fechar 134 das 155 escolas por não atenderem à “excelência técnica” necessária (NOVAES, 1990). Recomendou, também, uma formação centrada nas disciplinas da biomedicina, como anatomia, fisiologia, patologia, entre outras, nos dois primeiros anos do curso. Aspectos relativos à prevenção e à promoção da saúde não seriam abordados, nem as condições sociais determinantes do processo de adoecimento. Foi instituída a formação no ambiente hospitalar, devendo cada escola ter o seu hospital de ensino. As unidades não hospitalares foram consideradas “impróprias” para a educação médica. A utilização de ambulatórios hospitalares só seria admitida em alguns casos, pois, como o controle de pacientes era considerado insatisfatório nesses serviços (eles faltavam muito), também seriam “inadequados” para o “estudo de casos”. Além disso, preconizou-se o desenvolvimento da especialização, como necessidade de aplicação dos novos conhecimentos (NOVAES, 1990, p. 16-17).

Essas recomendações influenciam até hoje a formação médica na América Latina e no Brasil. O enfoque biomédico favorece os interesses do mercado, cada vez mais especializado, distante da realidade das condições de vida das populações, contribuindo para um crescente afastamento entre a lógica de organização do sistema e as necessidades de saúde que ele deveria atender.

## **1.2 Primeiras concepções de sistema de saúde e centro comunitário de saúde**

O segundo documento que representou um marco na saúde pública, no início do século XX, foi elaborado por Bertrand Dawson, em 1920, como membro do Conselho Consultivo Médico do Ministério da Saúde inglês, criado em 1919. Esse relatório chama a atenção para a necessidade de uma “política de saúde construtiva, com íntima relação entre os serviços médicos e os problemas relativos à *lei dos pobres*”, e propõe para isso, uma nova organização dos serviços, “distribuídos em função das necessidades da comunidade”. A proposta objetivava “razões de eficiência e custo”, justificadas pelos benefícios que traria à população e aos médicos (OPAS, 1964, p. 2 e 3). Há, assim, uma clara tentativa de conciliar interesses, no sentido de expandir o acesso ao cuidado em saúde, preservando a força de trabalho, sem elevar os custos e comprometer a destinação de recursos para a acumulação de capital. Dawson considera que, com a ampliação do saber, há uma complexificação das medidas necessárias para resolver os problemas de saúde e uma elevação dos custos, reduzindo o espectro da atuação individual dos médicos, exigindo, portanto, esforços combinados. Isso torna necessária a articulação entre medicina curativa e preventiva, e a atribuição ao médico generalista de ações dirigidas aos indivíduos e à coletividade.

A proposta tem como eixo as ideias de regionalização e hierarquização dos serviços. A base da organização seria, para cada região, um centro primário de saúde – um estabelecimento com médicos generalistas e enfermeiras, desenvolvendo ações curativas e preventivas, contando com a colaboração de consultores especialistas visitantes. Esses centros teriam diferentes tamanhos e complexidades, conforme as condições de saúde locais. Um grupo de centros primários, por sua vez, teria o apoio de um centro secundário, constituído por especialistas, e os secundários deveriam ter um hospital como referência. Essas propostas constituíram a base sob a qual ainda se organizam sistemas de saúde mundo afora, inclusive no Brasil.

Depreende-se, também, do Relatório Dawson, uma concepção de serviço, denominado de centro primário, que constituiria a base dessa organização, onde seriam desenvolvidas ações curativas e preventivas, tendo como apoio para casos complexos, tanto especialistas visitantes, como o centro secundário e o hospital. Essa é a primeira vez em que se concebe de forma articulada com os demais serviços, a proposta da APS. Entretanto, essas propostas só foram colocadas em prática na Inglaterra muito tempo depois, em outra conjuntura política e social, no pós-guerra, contexto da reconstrução dos países destruídos pelo conflito, quando, para fazer frente ao avanço das lutas dos trabalhadores e da influência das políticas sociais nos países do bloco socialista, emerge o Estado de bem-estar. Concepções semelhantes nortearam a organização dos primeiros sistemas públicos de saúde, na então existente União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (ROSEN, 1994).

No entanto, anos antes do Relatório Dawson, desenvolveu-se uma experiência de organização de unidades de saúde nesses moldes, do outro lado do Atlântico, nos EUA, porém, padecendo das limitações impostas pela hegemonia liberal. Naquele país, por volta de 1910, iniciou-se um movimento cujo aspecto central era a proposta de disponibilizar serviços locais de saúde à população de uma área definida. Essa modalidade de unidade foi denominada de centro de saúde, centro comunitário de saúde ou unidade social. Essas tentativas de melhorar a oferta de serviços médicos eram dirigidas aos pobres, a partir da consciência de algumas lideranças de que a doença predominava entre eles, agravada pelo acesso precário ao cuidado da saúde nos EUA (ROSEN, 1980).

Com a urbanização acelerada, no período entre 1860 e 1910, e a chegada de massas de imigrantes, cuja maioria, por não dispor de qualificação profissional, era obrigada a trabalhar duro em troca de baixos salários e, amontor-se em bairros afastados, constituindo verdadeiras favelas, onde as doenças encontravam um terreno fértil. Esses imigrantes representavam, assim, uma ameaça aos norte-americanos natos, que os viam como perigosos e desregrados. Mais uma vez na história, a pobreza é vista como um risco pelos detentores da riqueza e, assim, torna-se motivadora de iniciativas de cuidados em saúde.

Grandes transformações sobre as “causas” das doenças transmissíveis estavam em curso, decorrentes das descobertas de Pasteur e Koch, contribuindo para o desenvolvimento de programas de saúde pública. Havia, entretanto, uma multiplicidade e sobreposição de órgãos e agências prestando serviços separados e desarticulados, geralmente para a mesma população. Em vista disso, identificaram-se algumas

necessidades na organização dos serviços para aumentar a sua eficácia: coordenação administrativa das ações para evitar o desperdício e a ineficiência; aproximação dos serviços dos destinatários dos programas; e participação ativa da população para que os objetivos fossem alcançados.

A primeira experiência de centro comunitário de saúde ocorreu de forma amplamente democrática, na primeira cidade americana a eleger uma administração socialista, Milwaukee, em 1911. Foi elaborado um programa de saúde infantil a ser desenvolvido em um sistema de centros preventivos de saúde. As mães participaram ativamente criando comitês por quarteirão e elegendo uma assistente para cada área. Para Rosen (1980), esse foi o germe da ideia da unidade social, implementada posteriormente em outras cidades. Em 1912, com a mudança da administração municipal, o trabalho foi interrompido, revelando, já naquela época, um traço característico das dificuldades das políticas de saúde: a descontinuidade, decorrente de permanentes mudanças político-administrativas (ROSEN, 1980).

A segunda experiência foi fruto de avaliações em relação à primeira, um “Centro Educacional de Saúde” como base para a *Social Unit Organization* (unidade social), criada em 1917, em Cincinnati, com o objetivo de promover uma “organização comunitária democrática” por meio da qual os cidadãos pudessem participar diretamente do controle dos assuntos da comunidade, utilizando “a melhor técnica disponível” (ROSEN, 1980, p. 384). Era a concepção de “unidade social”, baseada na eleição de um conselho por quarteirão e de um morador para a função de assistente de quarteirão, com a responsabilidade de “visitar as famílias, mantê-las em contato com a Unidade e levar seus problemas específicos ao departamento adequado”, recebendo um pagamento pelo “tempo perdido em detrimento de suas atividades domésticas” (ROSEN, 1980, p. 385). Esse pode ser considerado o embrião da proposta de agente comunitário de saúde, muitos anos depois desenvolvida no Brasil.

Essa experiência também teve como eixo a ideia da democracia aplicada à saúde, uma “unidade local autogovernada”. Foi uma das experiências norte-americanas “mais férteis em organização social no que diz respeito à saúde” (ROSEN, 1980, p. 386), levantando questões relativas ao desenvolvimento da consciência dos cidadãos, de seus interesses comuns e da possibilidade de se autogovernar. Contando com grande apoio popular, essa iniciativa suscitou forte oposição por parte de grupos médicos e políticos conservadores, que a rotularam de “complô vermelho”, levando à perda de recursos financeiros e conseqüente inviabilização (ROSEN, 1980).

Apesar desses revezes, o movimento pelos centros de saúde continuou em expansão em diversas cidades, como em Nova York, que criou, em diversos bairros, centros distritais de saúde. Assim, em 1919, essa era considerada “a manifestação mais notável e típica do movimento de saúde pública” (ROSEN, 1980, p. 390). Uma característica marcante da história da saúde nos EUA fica evidente nessas iniciativas: a predominância da participação de agências não estatais na prestação de serviços de saúde, tradução da hegemonia do pensamento liberal naquele país. No ano de 1919, dos 76 centros existentes, apenas 33 eram administrados por instituições públicas, 27 estavam sob gestão privada e 16 sob controle público e privado (ROSEN, 1994).

Havia, também, uma enorme diversidade em relação aos serviços oferecidos nos centros de saúde. As unidades dispunham de pelo menos um tipo de clínica, atendimento domiciliar por enfermeira, boa parte realizava atendimento infantil, programa de tuberculose, clínica de doenças sexualmente transmissíveis (DST), e algumas, clínica de oftalmologia e otorrinolaringologia, laboratório e postos de leite. Entretanto, uma questão caracterizava a maior parte: à exceção de doenças consideradas no campo de ação da saúde pública (tuberculose, DST, entre outras), não havia inclusão de assistência médica geral com diagnóstico e terapêutica. Ou seja, esses serviços apresentavam uma ênfase clara nas ações de prevenção, não desenvolvendo de fato a integração entre medicina preventiva e curativa (ROSEN, 1994).

Isso não ocorria naturalmente, muitos interesses estavam por trás dessa conformação da assistência pública. Rosen (1994) sinaliza que, em parte, a reação à incorporação da medicina curativa provinha dos médicos, que se opunham a qualquer tentativa de ampliar para além dos indigentes, a oferta de assistência médica pública. Para eles, os que podiam pagar deveriam procurar consultórios privados, uma forma de garantir sua fatia no mercado. Essa concepção dominou a conformação dos centros de saúde norte-americanos, o que terminou por dificultar a sobrevivência dessa política.

Talvez o principal determinante da limitação dos centros de saúde como serviços para pobres foi a predominância da ideologia liberal nos EUA, onde nunca se constituiu um Estado de bem-estar aos moldes europeus. Na histórica classificação de Esping-Andersen (1991) dos três regimes de bem-estar social<sup>13</sup>, o social-democrata dos países escandinavos, o conservador-corporativo da Alemanha, o terceiro, caracterizado como liberal cujo exemplo mais acabado encontra-se nos EUA, onde predomina a lógica do

---

<sup>13</sup> Regime de bem-estar diz respeito aos modos por meio dos quais se reparte a produção do bem-estar entre o Estado, o mercado e as famílias (ESPING-ANDERSEN, 2000).

mercado. A política social norte-americana é marcada pela menor desmercantilização<sup>14</sup> possível, tanto dos bens sociais, quanto da satisfação que deles se obtém. Isso se expressa no não reconhecimento de direitos sociais, devendo o Estado garantir um nível mínimo de bem-estar, apenas aos indigentes. Os bens sociais, como a saúde, são regidos pela lógica do lucro (LAURELL, 1995).

Outro exemplo da dominância da lógica de mercado na política de saúde nos EUA ocorreu em Nova York, em 1920, com a rejeição pelo Legislativo de um projeto de lei, que previa a implantação de centros de saúde com atenção médica geral, integrados a hospitais e laboratórios, e com recursos para cobrir as pessoas que não podiam pagar. Note-se que esse projeto não preconizava assistência universal gratuita, porém, mesmo uma pequena expansão, ao avançar o sinal dos interesses da medicina liberal, sofreu forte reação dos setores dominantes. Até 1930, ocorreu uma ampliação dos centros de saúde e dos serviços distritais nos EUA, chegando, naquele ano, a 1.511, sendo 729 públicos, 725 geridos por agências privadas e um pequeno número por entidades como a Cruz Vermelha.

Um conceito sobre centro de saúde, estabelecido por Michael Davis, em 1927, relatado por Rosen (1980), destaca dois aspectos observados em todas as experiências:

Primeiro, a seleção de um distrito definido ou de **uma unidade populacional**, com o objetivo de servir **todos que precisem** dos serviços oferecidos no interior desta comunidade; segundo, a **coordenação dos serviços** dentro desta área, englobando tanto os meios fornecidos pelos próprios centros de saúde, quanto aqueles oferecidos por outras agências. Podemos formular, a partir da daí, a definição: um centro de saúde é uma organização que fornece, promove e coordena o **serviço médico** de que se tem necessidade e o **serviço social** relacionado a um distrito específico (ROSEN, 1980, p. 392). (sem grifo no original)

Observe-se que a definição menciona apenas duas características: a definição da população a ser atendida e a integração com a assistência social. Não há menção à integração medicina preventiva e curativa.

Vários foram os motivos apontados por Rosen (1980) para o declínio do movimento pelos centros de saúde. Interessa retomá-los pela contribuição que podem trazer, apesar dos contextos diferentes, à reflexão que se pretende desenvolver neste trabalho.

---

<sup>14</sup> Com o capitalismo, os mercados se tornaram universais e hegemônicos e o bem-estar passou a depender inteiramente de relações monetárias. A mercadorização significou a retirada das camadas institucionais que garantiam a reprodução social fora do contrato de trabalho. Com a introdução dos direitos sociais, ocorreu um “afrouxamento do status de pura mercadoria”. A desmercadorização ocorre quando a “prestação de um serviço é vista como uma questão de direito ou quando uma pessoa pode manter-se sem depender do mercado” (ESPING-ANDERSEN, 1991, p. 102).



O primeiro diz respeito às transformações ocorridas na população à qual se destinavam esses serviços, os imigrantes pobres. A diminuição da imigração, a ascensão social de parcelas significativas dos primeiros imigrantes, sua migração para outras áreas das cidades, a elevação do nível de escolaridade de seus filhos, que propiciou trabalho com melhores rendimentos, entre outros fatores, fez com que a clientela potencial passasse a utilizar atenção médica privada, em franca expansão nos EUA.

O segundo motivo relaciona-se a características dos serviços e reforçou as consequências do primeiro. A falta de integração entre ações curativas e preventivas, com clara ênfase nas últimas, levou à natureza limitada das ações oferecidas nos centros de saúde. A assistência diagnóstica e terapêutica era disponibilizada apenas para pessoas com tuberculose e DST, o que levava os que apresentavam outras doenças a procurar os serviços privados, esvaziando o potencial de ação dessas unidades.

As mudanças em curso na prática médica privada constituíram a terceira causa apontada por Rosen (1980) para o declínio dos centros de saúde. Várias ações eram desenvolvidas, inicialmente, apenas nos centros de saúde (assistência pré-natal e infantil, imunização, entre outras), mas, com o advento dos antibióticos, várias programas passaram a ser desenvolvidas também pelos serviços privados, como o tratamento da tuberculose e das DST. Assim, nesse novo contexto, a razão de ser daquelas unidades entrou em crise.

Mudanças na concepção da assistência social nos EUA também contribuíram para o declínio dos centros de saúde, pois a integração com essa política social era um de seus pilares. A assistência social perdeu interesse pelos problemas sociais, voltando-se mais para o indivíduo, movimento reforçado pela emergência da psicanálise, o que levou à sua retirada dos centros de saúde e à centralização de seus serviços.

O envolvimento da população local na implementação de programas, outro objetivo dos centros de saúde, um meio para desenvolver a consciência sanitária dos usuários, também enfrentou dificuldades para ser viabilizada, contribuindo para o enfraquecimento desses serviços em relação aos objetivos propostos.

O último fator determinante da perda de influência dos centros de saúde, mas talvez um dos mais importantes, segundo Rosen (1980), foi a resistência das forças políticas, expressa na ação de governos e de legislativos, como representantes dos interesses privados da área, para impedir o avanço de qualquer experiência que pudesse ameaçar os lucros das crescentes empresas da saúde.

A depressão dos anos 1930 retardou um pouco a tendência de desaparecimento dos centros de saúde; entretanto, com o início da Segunda Guerra Mundial e a melhoria das

condições econômicas, mais pessoas passaram a buscar assistência médica privada, além da proliferação de formas variadas de seguros privados de saúde, resultantes das negociações entre patrões e empregados. Estava pavimentado o caminho para o declínio do centro de saúde e a hegemonia do modelo assistencial que influenciou muitos países, inclusive o Brasil.

### **1.3 Crise de 1929, Estado de bem-estar e sistemas nacionais de saúde**

Um período importante para a análise das políticas sociais é o da eclosão da maior crise do capitalismo até então, o chamado *crack* de 1929. O liberalismo, corrente econômica que preconiza a capacidade do livre funcionamento do mercado para regular as relações econômicas e sociais e garantir o bem-estar, foi hegemônico desde meados do século XIX até o início da crise. A atuação do Estado deveria voltar-se apenas para garantir maior liberdade para a acumulação, ou seja, um Estado a serviço da “mão livre do mercado”, nos termos de Adam Smith. Para os teóricos do liberalismo, o Estado teria apenas três funções: a defesa contra os inimigos externos; a ordem interna e a realização de determinadas obras públicas não passíveis de execução pela iniciativa privada (BEHRING & BOSCHETTI, 2006).

Entretanto, esse é também o período de fortalecimento das lutas dos trabalhadores em defesa de seus direitos, conseguindo impor alguns limites ao capital, que resultaram em alguns avanços, ainda que limitados, no campo das políticas sociais. Marcadas pela concepção liberal, essas políticas configuravam-se como medidas paliativas dirigidas àqueles que não apresentavam condições de competir no mercado de trabalho, com um forte viés de caridade privada. Porém, surgem também nessa época, em consequência das fortes pressões operárias, as políticas sociais orientadas pela lógica do seguro, na Alemanha, em 1883, e na França, em 1898, com a primeira lei de seguro contra acidentes de trabalho, reforçando a vinculação da política social com o trabalho. É assim que devem ser compreendidas as primeiras ações de saúde pública desenvolvidas nos países centrais, anteriormente descritas.

Com a revolução socialista de outubro de 1917, na Rússia, e a radicalização das lutas operárias nos países capitalistas centrais, o Estado liberal é obrigado a fazer concessões mais amplas para garantir a estabilidade do sistema e, assim, são reconhecidos

os direitos de cidadania política e social<sup>15</sup>. A crescente monopolização do capital e o advento do fordismo, que propiciou as condições materiais para a ação coletiva dos trabalhadores, criou o caldo de cultura para a emergência da crise de 1929, que se caracterizou por uma “superabundância de capitais, com escassez de lucros, desemprego generalizado e redução do consumo” (BEHRING & BOSCHETTI, 2006, p. 70). A principal consequência da Grande Depressão foi a percepção por parte da burguesia de que o capitalismo não era um sistema autoregulável e é daí que surge a necessidade, nos marcos do capitalismo, de uma nova relação do Estado com o mercado.

John Keynes, ideólogo da participação do Estado na produção e na regulação, rompe com a lógica liberal da supremacia do livre mercado, mas mantém o princípio da economia de mercado e da liberdade individual, pressupostos capitalistas. Em tempos de crise, trata-se de assegurar que o Estado atue de forma a atender as necessidades de lucro do capital, por meio de um programa de obras e serviços públicos, garantindo o pleno emprego (ou o mais próximo dele) e, como consequência, o aumento do consumo. Dessa forma, as políticas sociais passam a compor um elenco de medidas que, de um lado, atendem às necessidades sociais e, de outro, garantem as condições para o aumento da produção e dos lucros capitalistas. Essas iniciativas tornam-se possíveis com a produção em massa propiciada pelo fordismo, a introdução da linha de montagem e com as mudanças na forma de regulação do trabalho e das relações sociais, acarretando o consumo de massa e uma nova onda de crescimento econômico, principalmente após a Segunda Guerra Mundial.

O Estado de bem-estar deve ser compreendido como produto de um contexto de fortalecimento do movimento operário e de ascensão de partidos social-democratas aos governos de vários países da Europa, como resultado de um pacto de classes, no qual uma parte das lideranças operárias abriu mão da luta pela superação do capitalismo em troca da ampliação das conquistas sociais, e por outro lado, da emergência da guerra fria, em que a existência da União Soviética exercia forte pressão sobre os países capitalistas. Essa nova conformação do Estado apoiou-se em três pilares fundamentais: o receituário keynesiano do pleno emprego, fruto da interferência do Estado para regular a economia; a concepção beveridgeana de seguridade social, agregando um “eixo distributivo à lógica contributiva”;

---

<sup>15</sup> A cidadania é compreendida aqui como a concessão de alguns direitos sociais, que possibilitam ao capital mascarar a natureza da exploração e, portanto, de desigualdade da própria sociedade baseada na apropriação privada da produção social.

e a moderna concepção de direitos de Marshall, que inclui os direitos sociais (PEREIRA, 2008).

A concepção de Marshall sobre o processo de ampliação dos direitos sociais não considera a importância da participação das classes sociais e a impossibilidade de sua plena efetivação face às desigualdades sociais inerentes ao próprio modo de produção capitalista. Entretanto, partindo-se da constatação de que não foram processos internos ao Estado os geradores desses direitos e sim as pressões geradas pelas classes exploradas, conclui-se que o processo de sua incorporação pelo Estado burguês, por meio de decisões políticas, na verdade reflete a dinâmica das relações sociais do capitalismo, em um “processo de acomodação de interesses de diferentes classes sociais, diretamente relacionado à continuidade do sistema” (DONNANGELO, 1975, p. 6), à sua preservação. Dessa forma, as diferentes configurações assumidas pelo desenvolvimento dos direitos sociais nas diversas sociedades capitalistas refletem não só o padrão de riqueza, mas, principalmente, a dinâmica das relações entre as classes, no interior de cada país, resultando em diversas versões de Estado de bem-estar.

Assim, na Inglaterra, a política de saúde surge como parte integrante da concepção de seguridade social, e se constitui em um dos três eixos do *Welfare State*: a Lei de Educação, a Lei de Seguro Nacional e a Lei do Serviço Nacional de Saúde, “associados aos nomes de Butler, Beveridge e Bevan, um conservador, um liberal e um socialista”, revelando o a heterogeneidade política que compõe esse Estado (MARSHALL *apud* BEHRING & BOSCHETTI, 2006, p. 95). A seguridade social beveridgeana rompe com o princípio do seguro social de natureza contributiva, pois os direitos passam a ser universais e não apenas dos que contribuem, eliminando o teste de meios<sup>16</sup>; o Estado deve garantir mínimos sociais a todos em condições de necessidade (permanência da influência liberal), e não o atendimento de necessidades básicas; o financiamento é proveniente dos orçamentos fiscais, ou seja, de toda a sociedade e não apenas das contribuições de empregados e empregadores; e, por último, a gestão é estatal (BEHRING & BOSCHETTI, 2006 e PEREIRA, 2008). Entretanto, mantém-se a lógica do seguro social para alguns benefícios da seguridade social. Vistas como concessões políticas pelo capital, ou como conquistas sociais sob a ótica dos trabalhadores, essas conquistas não alteram a natureza do Estado, produto de uma sociedade, em que uma classe é detentora dos meios de produção e explora a força de trabalho da outra.

---

<sup>16</sup> Teste de meios compreende a comprovação compulsória de que o indivíduo preenche os requisitos que o incluem entre os pobres objeto da política social em questão.

Beveridge, em seu famoso relatório “Seguridade Social e Serviços Afins”, considera a saúde parte integrante de uma política social nacional, o que exige a sua incorporação de modo abrangente para que a seguridade social possa ter um adequado desenvolvimento. O objetivo era que o *NHS* oferecesse “tratamento preventivo e curativo completo a cada cidadão, sem exceção, sem limite de remuneração e sem barreiras econômicas que pudessem atrapalhar o acesso dos cidadãos” (BEVERIDGE *apud* ROSEN, 1994, p. 340). Um aspecto pouco divulgado das proposições de Beveridge é o que consta do documento “Ação Voluntária”, em que fica evidente sua visão liberal, a cooperação entre Estado e indivíduo, esse último por meio de ação voluntária, como meio de alcançar uma seguridade social (ROSEN, 1994). Em 1943, o governo britânico lança o *NHS*, que só se concretizaria em 1948, e foi considerado por muito tempo a “estrutura mais estatizada e mais ampla de prestação de cuidados médicos individuais em sociedades capitalistas” (DONNANGELO, 1979, p. 68).

Antes de prosseguir na caracterização desse modelo, é necessário registrar outra experiência, geralmente esquecida nos dias atuais, mas que revolucionou o cuidado em saúde no século XX, e que, provavelmente, exerceu forte influência sobre a proposta inglesa. Após a Revolução Russa, mas, principalmente, a partir de 1930, o sistema de saúde soviético alcançou avanços sem paralelo até então, mais ainda se se levar em conta as péssimas condições de saúde do povo russo, herdadas do czarismo. Esse sistema apresentava algumas características semelhantes, em termos da organização dos serviços, às adotadas (com modificações) mais tarde pelos países capitalistas – orientação baseada em teorias científicas sobre o processo saúde-doença e integração das medicinas preventiva e curativa –, mas, como principal diferença, tinha como eixo o princípio socialista do direito universal à saúde. Totalmente estatal, o sistema era sustentado por impostos e com forte direção no sentido da equidade em saúde. Posteriormente, sofreu as consequências da degeneração do socialismo naqueles países (BUSS & LABRA, 1995 e ROSEN, 1994, p. 337).

Segundo Rosen (1994), o sistema de saúde soviético era constituído por um conjunto “completo de serviços médicos e de saúde pública”, sustentado em uma “rede de policlínicas, em essência centros de saúde do tipo concebido pelo Comitê Dawson”. Ainda segundo esse autor, a União Soviética desenvolveu o “mais completo sistema integrado de educação em saúde, assentado sobre seu sistema de medicina socializada” (ROSEN, 1994, p. 337 e 359). O que é interessante destacar dessas observações é a presença de características comuns que irão conformar os sistemas nacionais de saúde, mesmo

reconhecendo as diferenças de extensão de cobertura e de equidade, inerentes a cada experiência, refletindo a dinâmica da luta de classes em cada sociedade.

A proposta original do *NHS* inglês, de 1946, previa a garantia de um médico de família para toda a população e a organização de centros de saúde com serviços médicos e odontológicos, promoção da saúde e consultas especializadas. Esse projeto, mais próximo da concepção do Relatório Dawson, não saiu do papel, em função da prioridade dada, naquele momento de reconstrução, ao enfrentamento do problema habitacional, que absorveu a maior parte dos recursos. Em 1948, nasce o *NHS*. Os *general practioners (GP)s* - médicos generalistas – constituíam a base do sistema, mas resistiram a aderir a ele. Porém, a população foi estimulada a inscrever-se e, em um mês, 90% das pessoas estavam vinculadas a um *GP* e 20 mil médicos tinham aderido ao sistema. Os médicos, com a força histórica que sempre demonstraram na organização de serviços de saúde, e contrários à sua transformação em “funcionários do Estado”, agarrados à longa tradição de prática liberal, conseguiram impor sua vinculação, não mediante contrato direto como era proposto, mas, por meio de contrato de prestação de serviços ao Estado. Assim, esse modelo caracterizou-se pela vinculação, por adesão, de um número de pessoas a um *GP* (a *APS*), e pelo acesso aos serviços especializados e hospitalares como prerrogativa desse médico, que se manteve como profissional autônomo.

No outro extremo, no grupo dos países capitalistas centrais, em termos de abrangência de acesso a serviços públicos de saúde, estão os EUA, com predomínio da medicina privada, para o qual contribuíram vários fatores. Em primeiro lugar, as características fortemente liberais da formação social americana, aliada ao crescimento econômico que, no pós-segunda guerra, alçou o país à posição de primeira potência mundial, propiciando a expansão dos seguros privados de saúde e previdência. Outro elemento determinante foi a fragilidade da base social do movimento em defesa do seguro compulsório de saúde, que se iniciou em 1910, e cujo auge ocorreu entre 1915 e 1920, com a apresentação de projetos de lei em onze estados. A oposição ao seguro era ampla, composta por empregadores, companhias privadas de seguro, associações de médicos (contrários a toda forma de prática contratual, que reduziria a autonomia da prática liberal e os seus rendimentos), e até líderes trabalhistas, sob a alegação de que o seguro-saúde levaria ao controle sobre o movimento sindical. Essa forte articulação derrotou os anseios do movimento pelo direito à saúde nos EUA (ROSEN, 1994).

A política de saúde norte-americana reflete a configuração da política social daquele país: o paradigma do modelo liberal de predomínio da lógica do mercado. Ainda

sobre a questão do seguro público de saúde, outro exemplo ocorreu em 1932, quando, diante da proposta do Relatório do Comitê dos Custos de Assistência Médica, de uma experiência para um sistema mais abrangente, na qual o Estado proveria serviços para populações indigentes e de áreas pobres, o *Jornal da Associação Médica Americana* denunciou o “incitamento à revolução” (ROSEN, 1994, p. 345). Apenas em 1953, foi criado o Departamento de Saúde, Educação e Bem-Estar, setenta anos após a extinção do Conselho Nacional de Saúde. Somente em 1964, foi instituído o *Medicaid*, programa público que oferece serviços médicos a pessoas de baixa renda e pessoas com deficiência e, em 1965, o *Medicare*, seguro público de saúde dirigido a pessoas com mais de 65 anos. Delimitou-se, assim, uma política de saúde cujo eixo é a garantia de mínimos sociais aos grupos sociais não produtivos e a abertura para a exploração das necessidades sociais pelo mercado.

A marca fortemente liberal da política de saúde norte-americana tem como consequência uma elevação explosiva dos custos da saúde, em função da centralização da assistência médica em procedimentos cada vez mais sofisticados, crescentemente especializada, desenvolvida principalmente no ambiente hospitalar, com uso intensivo de equipamentos e consumo abusivo de medicamentos. Esse modelo, longe de garantir melhoria nos níveis de saúde da população, acarreta problemas crescentes, decorrentes diretamente da intervenção médica, como estudado por Illich (1975), e corresponde ao desenvolvimento de um novo setor industrial da economia capitalista no pós-segunda guerra, relacionado à dinâmica de funcionamento do sistema de saúde, que incorpora desenvolvimento tecnológico avançado, garantindo um novo lócus de lucro para o capital. Evidentemente que a expansão desse novo campo de acumulação ocorre também nos demais países centrais do capitalismo, variando apenas a forma como esse processo se dá (BRAGA & PAULA, 1986).

O aumento dos gastos sociais, associado à emergência e consolidação do Estado de bem-estar, foi acompanhado de um aumento importante de impostos, prioritariamente de impostos diretos, que financiaram o papel crescente do Estado. Em todo o mundo capitalista avançado, a tendência foi o aumento dos impostos pessoais sobre a renda e dos impostos da seguridade social, a estabilização da tributação sobre o consumo, a redução da tributação sobre as empresas e a mudança dos tributos locais para centrais (GOUGH, 1982). Essa configuração do financiamento das políticas sociais não se deu da mesma forma em todos os países, como verificaremos em outro capítulo.

A expansão dos gastos sociais observada nos Estados de bem-estar se, de um lado, refletiu a concretização, mesmo que parcial, de direitos sociais, por outro, garantiu a reprodução da força de trabalho e o aumento do consumo de produtos e bens sociais necessários à manutenção das relações de produção, fundadas na exploração de classe. Além disso, o aumento puro e simples do volume de recursos dispendidos não revela por si o compromisso com o bem-estar. Esping-Andersen (1991) afirma que o foco nos gastos pode ser enganoso. É preciso verificar a natureza desse gasto social, pois ele pode estar dirigido, por exemplo, prioritariamente à assistência social aos pobres ou a benefícios tributários para planos privados de previdência que privilegiam as classes médias.

Na saúde, essa elevação do gasto está relacionada com a transformação que se opera na prática médica, que deixa de se realizar por meio da ação de um profissional isolado para se transformar numa complexa rede de serviços, com elevado número de profissionais, equipamentos, materiais e medicamentos, mobilizando quantidades crescentes de recursos financeiros. Essa transformação é consequência do desenvolvimento de uma série de indústrias produtoras desses “instrumentos de trabalho” e de insumos terapêuticos (medicamentos), constituindo-se, assim, um novo campo de expansão da acumulação de capital. O modelo de organização da atenção à saúde que mais atende a esses interesses é, sem dúvida, o que tem como eixos a especialização e a hospitalização, uma das questões centrais que abordaremos ao longo deste trabalho (DONNANGELO, 1979; BRAGA & PAULA, 1986).

Essa modalidade de política social corresponde aos anos de ouro do capitalismo, período de seu maior crescimento, em cuja base e origem, segundo Mandel (1985), encontram-se a economia de guerra e a ascensão do fascismo, que possibilitaram uma acumulação sem precedentes, à custa do aumento da exploração da força de trabalho, que se expressou na ampliação da jornada de trabalho sem um aumento proporcional nos salários reais, favorecido, ainda, pela terceira revolução tecnológica. Colaboraram também para esse apogeu algumas condições políticas como a guerra fria e a necessidade de enfrentar as pressões resultantes das conquistas sociais nos países socialistas; os pactos entre lideranças operárias e governos socialdemocratas em torno das políticas de pleno emprego keynesianas, apoiadas na produção em massa fordista, que viabilizou o consumo de massa, fermento vital para o capital (BEHRING & BOSCHETTI, 2006; BORÓN, 1995).

Entretanto, a ilusão no crescimento ilimitado do capitalismo chega ao fim com a crise dos anos 1970, quando todo o mundo capitalista avançado entrou em profunda



recessão, combinando baixo crescimento e inflação. Um novo capítulo se abre para as políticas sociais, dessa vez, porém, as mudanças não são favoráveis ao mundo do trabalho, configurando o que Laurell (1955, p. 151) caracterizou como “avançando em direção ao passado”. Uma velha fórmula é reabilitada para tentar salvar o capital de mais uma crise produzida pelo seu próprio modelo de acumulação.

Antes, porém, é preciso analisar as características da expansão dos gastos sociais, no caso da saúde. Com a participação crescente do Estado na oferta de assistência médica à população, cuja forma mais frequente nos países capitalistas avançados foi a da interferência no nível do consumo, por meio da garantia de pagamento dos custos dos serviços, as pressões da produção privada de serviços e produtos sobre o Estado acarretam uma elevação crescente dos custos dessa assistência. Esses custos são mais elevados quanto maior a participação estatal na produção e consumo de serviços e quanto maior o grau de incorporação das necessidades de saúde da população. Em sistemas mais liberais, como o dos EUA, ocorre uma marcada penetração do capital na produção de serviços, não apenas por via dos “investimentos na tecnologia médica, mas, sobretudo, pelos mecanismos de financiamento da assistência por meio do seguro de saúde privado, o que reforça, progressivamente, a interferência dos interesses do capital financeiro no setor saúde” (DONNANGELO, 1979, p. 84).

Entretanto, as duas modalidades de organização da assistência à saúde, tanto a liberal norte-americana como a “socializada” inglesa, apresentam semelhanças. Nos dois países, a assistência médica oferece um vasto campo para a realização de lucros capitalistas. A diferença é quem *parece* pagar a conta. Essa expansão da assistência médica nem sempre foi acompanhada pela melhoria do nível de saúde das populações, mas, certamente correspondeu à expansão de um setor novo nas economias capitalistas, que absorve uma parcela crescente da riqueza produzida e é responsável por um volume cada vez maior do gasto público e, como todo setor capitalista, orientado pela lógica do lucro, não pela do bem-estar (BRAGA & PAULA, 1986).

#### **1.4 Movimentos de reforma da medicina**

Essa situação de custos elevados, de um lado, e dificuldade de acesso a serviços por parte de amplas parcelas da população, de outro, fez surgir, nos EUA, nas décadas de 1940 e 1950, movimentos que visavam à reforma da prática médica sem, contudo alterar o predomínio privado de prestação de serviços e a pequena participação do Estado.

Donnangelo (1979), ao analisar as propostas da medicina integral e da medicina preventiva, considera que esses projetos correspondem

à busca de racionalização da prática médica por meio da manipulação de aspectos parciais da estrutura de produção dos serviços implicam, ao mesmo tempo, uma tentativa de integração do social à prática, através de modalidades consistentes com os limites da reforma que se propõem realizar (DONNANGELO, 1979, p. 79).

Apesar de esses movimentos possuírem suas raízes nos mesmos processos que originaram as políticas estatais de saúde, seu foco de análise e de atuação é a o ato médico individual, por meio do qual será possível resolver deficiências técnicas e incorporar algo da dimensão social que se manifesta na enfermidade, representando, portanto, um movimento de recomposição interna da prática. A proposta da “medicina integral” propõe a substituição do caráter fragmentário do trabalho médico especializado por uma concepção mais globalizadora do objeto individual da prática, que compreenderia uma totalidade biopsicossocial, que não pode ser reduzida a um conjunto de estruturas e funções orgânicas, como faz a medicina. Por outro lado, a “medicina preventiva” também questiona o caráter fragmentário do ato médico, tanto do ponto de vista do objeto individual, visto por meio das especialidades, como também, do processo saúde-doença, que separando ações curativas e preventivas, descaracteriza seu caráter temporal e sua determinação social (DONNANGELO, 1979).

Para esses movimentos, os problemas dos resultados insuficientes da assistência médica em relação às necessidades sociais seriam resolvidos pela superação desse caráter fragmentário do trabalho médico. Isso se daria por meio da superação do enfoque centralmente biológico e pela apreensão da complexidade do paciente, inserido nas suas relações familiares, buscando interferir o mais precocemente possível no processo saúde-doença, antecipando-se à necessidade de ações curativas.

Para realizar essas mudanças, tanto o movimento da medicina integral como o da medicina preventiva conceberam como agente central, o próprio médico, pois identificavam na organização interna da atenção médica o problema a ser superado. O médico é, então, o agente da mudança e para transformar sua prática e criar uma nova “atitude” para com as necessidades individuais e sociais é preciso mudar a formação médica. Assim, as escolas médicas assumem papel estratégico nas proposições defendidas pelos dois movimentos. As escolas são vistas como instrumentos de reforço do caráter fragmentário e curativo da medicina e, portanto, só uma reforma educacional possibilitaria a emergência desse novo médico (DONNANGELO, 1979).

Na visão de Donnangelo (1979), esses movimentos surgem nos EUA, em função das características do cuidado médico naquele país, totalmente dominado pelo setor privado, restando ao Estado apenas a atuação nas medidas coletivas de saúde – a saúde pública – campo não apropriado para a aplicação de capital, apesar de indiretamente também contribuir para a acumulação. Esse domínio privado impõe limites significativos à implementação de reformas mais profundas na estrutura da atenção médica, diante dos custos crescentes e das dificuldades de acesso de parcelas da população a esses cuidados. A problematização fica reduzida, portanto, às distorções no campo da educação médica, deixando intocada a questão da estruturação da produção e do consumo da assistência médica.

Arouca (2003) em sua tese de doutorado, em 1975, intitulada “O Dilema Preventivista, contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva” realizou um profundo estudo sobre esse movimento, que concluiu não passar de uma leitura liberal do problema dos custos crescentes da assistência médica nos EUA, constituindo-se numa proposta alternativa à ampliação da intervenção do Estado na prestação de serviços de saúde, e preservando a organização liberal da prática médica e o próprio poder médico. Esse modelo expandiu-se posteriormente para a América Latina por meio das agências internacionais, com a criação de Departamentos de Medicina Preventiva e Social (DMPS), nas Faculdades de Medicina.

A medicina preventiva representou, portanto, uma construção ideológica que, apoiada no modelo da História Natural das Doenças<sup>17</sup>, assumiu uma concepção de processo saúde-doença apoiada em uma visão de multicausalidade, na qual o social é naturalizado, mistificado e simplificado, constituindo-se apenas em uma das determinações do processo de adoecimento. Desvia-se, dessa forma, o foco das mudanças que devem ser operadas no seio da organização da atenção médica para o processo de formação médica, com vistas a construir uma atitude médica mais integral, menos fragmentária e mais preventiva, por meio da qual seria possível transformar as condições da oferta de serviços à população. O alcance desse movimento seria pequeno em função de que são as formas de organização da prática médica que determinam os modos de estruturação da escola médica, e não o contrário (AROUCA, 2003).

---

<sup>17</sup> A História Natural das Doenças é uma concepção do processo saúde-doença elaborada por LEAVELL Hugh R. e CLARK, Edwin G. em sua obra, Medicina Preventiva, apoiada em fases da evolução da doença, que se iniciam antes mesmo dela se manifestar, às quais correspondem diversos níveis de prevenção, as chamadas prevenção primária, secundária e terciária. Arouca (2003, p. 167) critica o esquema cartesiano que estrutura essa concepção e o enfoque nitidamente mecanicista, “onde os homens e os agentes são vistos como os pratos de uma balança e o ambiente como fiel desta, interferindo em que sentido a balança se inclinará”.

Nos anos 1960, surge, também nos EUA, outro movimento com o mesmo objetivo, a denominada medicina comunitária. A emergência desse movimento está relacionada com o reforço da orientação assumida pela política social norte-americana naquele período: assistência voltada para os pobres. A eclosão dos movimentos dos negros e pelos direitos civis, juntamente com o aumento do desemprego, do subemprego e da pobreza, levaram os governos norte-americanos de Kennedy e Johnson a adotar a estratégia da “guerra contra a pobreza”, como forma de minimizar as tensões sociais. Essa orientação implicou a interferência estatal na esfera do consumo, por meio de programas destinados a proporcionar educação elementar, assistência jurídica, treinamento profissional e assistência médica a populações definidas – incluídas na faixa da pobreza –, em função da incapacidade de compra direta de bens e serviços (DONNANGELO, 1979).

Essa política social pretendia parecer uma “inovação” em relação à tradicional ajuda pública à pobreza, por meio dos subsídios públicos controlados pelo serviço social (DONNANGELO, 1979). Seguindo a cartilha liberal, articula-se em torno de dois eixos: a criação de oportunidades sociais e a participação social, concebendo a pobreza como consequência da falta de oportunidades, e o envolvimento do pobre como a forma mais efetiva de superação da sua condição, uma espécie de autoajuda. O núcleo estratégico é dado pelos “Programas de Ação Comunitária”, criados em 1964. No campo da saúde, como não poderia ser diferente, a poderosa AMA opôs-se ao programa, pois considerava ser suficiente o volume de recursos federais já destinados à assistência médica, por meio do *Medicare* e do *Medicaid*. Na realidade, os médicos norte-americanos, como analisado no Capítulo IV, se opunham a qualquer forma de ampliação da intervenção do Estado na assistência médica. Os programas são implantados a partir de 1965, de acordo com um modelo de *comprehensive neighborhood health centers*, numa tradução livre, centros comunitários de saúde integral, sem resultar em inovação significativa no processo de trabalho e, muito menos, atingir expressão quantitativa.

Esse novo movimento de reforma da prática médica retoma as questões apontadas pelos anteriores: a dimensão social do processo saúde-doença como determinante da prática médica; a superação da dicotomia entre aspectos orgânicos e psicossociais, entre condutas preventivas e curativas, entre prática individual e efeitos coletivos da atenção à saúde; e a necessidade de uma resposta à incapacidade da prática médica de atender às necessidades de saúde da população. Entretanto, a proposta da medicina comunitária apresenta uma diferença:

localiza os elementos responsáveis pela inadequação não apenas nos aspectos internos ao ato médico individual, mas, sobretudo em **aspectos organizativos** da estrutura de atenção médica, superáveis através de **novos modelos de organização** que tomem como base o cuidado dos grupos sociais, antes que dos indivíduos (DONNANGELO, 1979, p. 86) (sem grifo no original).

Assim, esse novo movimento, diferentemente dos anteriores, visava não apenas à recomposição da organização interna do ato médico, mas à ampliação do consumo de serviços médicos por parte de parcelas da população descaracterizadas como consumidores potenciais por meio da compra direta, em função de sua insuficiência de renda. A interferência no nível do consumo pressupunha a mobilização de elementos externos ao ato médico, agregando uma nova dimensão em relação aos outros dois movimentos: a prestação de serviços a setores excluídos dos cuidados médicos. Assim, se configurou uma de suas características básicas – a prestação de serviços de forma paralela à organização predominante da assistência médica. Esse paralelismo – um modelo específico para os pobres – uma espécie de focalização, mantém intocada a estruturação privada dos serviços de saúde e constitui-se, na realidade, na única modalidade possível de oferta de serviços médicos na estrutura de poder da sociedade norte-americana, pois não impõe obstáculos à rentabilidade do setor privado da saúde.

Essa experiência representou uma simplificação da prática e, talvez, sua principal inovação tenha sido a constituição de um “trabalhador coletivo em medicina” – participação de pessoal com diferentes níveis de treinamento – experiência ausente nos EUA até então, mas componente fundamental da prestação de serviços em outras sociedades, como o *médico de pé descalço* na China (DONNANGELO, 1979). O que chama a atenção nessa iniciativa norte-americana é a segmentação que ela consolida:

o isolamento do pobre como objeto de uma prática médica diferenciada, passível de coexistir com outras formas de práticas destinadas a outras categorias sociais, impondo o recurso à ‘comunidade’ e à ‘participação’ como elementos articuladores entre a prática médica e componentes outros da estrutura social (DONNANGELO, 1979, p. 91)

Essas características da proposta da medicina comunitária, como as da medicina preventiva, serão retomadas mais adiante neste trabalho. Essa discussão assume importância pela repercussão que provocou no país e por se tratar de uma modalidade de resposta mais barata à pressão por ampliação do acesso aos serviços de saúde aos mais pobres, no sentido de ampliar a legitimação social do Estado e, ao mesmo tempo, dar conta do problema dos elevados custos da assistência médica. Como Donnangelo (1979) concluiu, ela não visa à força de trabalho integrada ao processo, não visa imediatamente à

obtenção do valor. Essa modalidade de organização da assistência médica relaciona-se à reprodução da estrutura social pela mediação do político, visando à legitimação social, mais que a uma articulação com a produção (DONNANGELO, 1979).

### **1.5 Crise estrutural do capitalismo e retorno das ideias liberais**

Retornando à crise econômica dos anos 1970, é importante destacar, que a reação teórica e política ao Estado intervencionista, na realidade, nasceu bem antes, em 1944, quando Friedrich Hayek lançou seu livro *O Caminho da Servidão* como um libelo em defesa do livre mercado. Em 1947, os inimigos do Estado de bem-estar e do *New Deal* norte-americano fundaram a Sociedade Mont Pèlerin, altamente organizada para lutar por outro tipo de capitalismo, “duro e livre de regras para o futuro” (ANDERSON, 1995, p. 9 e 10). Para eles, a regulação social promovida pelo Estado de bem-estar, destruía a liberdade dos cidadãos e a concorrência, geradora da prosperidade. A desigualdade é um valor positivo e imprescindível, não podia ser diferente, pois se tratava da retomada dos princípios liberais. Com a crise que se inicia nos anos 1970, esse movimento ganha força e busca responsabilizar pela crise o Estado de bem-estar e o poder excessivo do movimento operário, cujas reivindicações por salário e aumento dos gastos sociais teriam corroído as bases da acumulação capitalista.

As saídas preconizadas para a crise pelo neoliberalismo passam por um Estado forte no que diz respeito à capacidade de destruir o poder dos sindicatos e controlar os orçamentos públicos, mas fraco quando se trata de intervenção econômica, que deve ser eliminada por meio da desregulamentação e das privatizações. Com isso, restaura-se a soberania ilimitada do mercado, como o melhor mecanismo para garantir crescimento econômico e satisfação das necessidades dos indivíduos. A meta principal dos governos deve ser a estabilidade monetária e para isso é necessário manter uma rígida disciplina orçamentária, com redução dos gastos sociais e restauração da taxa “natural” de desemprego. As “reformas” fiscais devem diminuir os impostos sobre os rendimentos mais altos e as rendas, resultando na “nova e saudável desigualdade”, motor da iniciativa pessoal e da competição entre os indivíduos no mercado, fundamental para a dinamização da economia (ANDERSON, 1995, p. 11).

Os neoliberais consideram que o bem-estar social pertence à esfera do privado, sendo as suas formas “naturais” de provisão a família, a comunidade e os serviços privados. O “Estado só deve intervir para garantir um mínimo para aliviar a pobreza e

produzir serviços que os privados não podem ou não querem produzir” ou “os que são de apropriação coletiva” (LAURELL, 1995, p. 16). Configura-se, assim, o que alguns autores chamam de *welfare pluralism*, modelo de proteção social *pluralista* ou *misto*, no qual Organizações Não-Governamentais (ONG), famílias, voluntários, empresas com “responsabilidade social” assumem papel politicamente estratégico, traduzindo-se em “formas de conluio entre o público e o privado e de esvaziamento do público em favor de formas *pseudopúblicas* ou privadas de gestão das políticas sociais” (CABRERO *apud* PEREIRA, 2008, p. 197). Essa descentralização restritiva de direitos, que devolve à sociedade encargos anteriormente do Estado, desobrigando-o de seus deveres, é outra marca das políticas neoliberais.

O neoliberalismo opõe-se radicalmente à universalidade, à igualdade e à gratuidade dos serviços sociais, pois em sua ótica a desigualdade mobiliza a iniciativa individual, enquanto a proteção social universal imobiliza os pobres, tornando-os dependentes do paternalismo estatal. Suas políticas sociais adquirem configuração compensatória e de focalização na pobreza, com o pretexto de maior eficácia, maior orientação para os que necessitam, com gastos menores. Essas políticas focalizadas na pobreza retomam

vícios arcaicos e anacrônicos como os constrangedores e vexatórios testes de meios (comprovação compulsória de pobreza); a *fraudemania* (mania de ver em cada pobre que recorre à proteção social do Estado um fraudador); *condicionalidades* ou *contrapartidas*, como se o alvo da proteção tivesse alguma falta pessoal a expiar; e o *estigma*, que transforma cidadãos de direitos em incômodos ‘dependentes’ da ‘ajuda’ estatal (PEREIRA & STEIN, 2010, p. 116).

A cruzada “privatista” desencadeada pelo neoliberalismo apoiou-se no discurso ideológico que transformou tudo que é estatal em ineficiência, corrupção e desperdício, enquanto que a ‘iniciativa privada’ aparece sublimada com a aura da eficiência, da probidade e da austeridade (BORÓN, 1995). Vários governos, inclusive na América Latina, aprofundaram de tal modo as transferências de patrimônio público para grupos privados nacionais e multinacionais – a privatização –, que deixaram o Estado desprovido de condições mínimas para oferecer bens públicos ou intervir com eficácia na vida econômica e social. As políticas sociais não foram poupadas dessa sanha privatizante. Setores como saúde, educação e previdência social passaram a ser objeto de exploração crescente pelo mercado, como consequência da contenção dos gastos sociais. A transferência desses serviços para a gestão privada configurou a desresponsabilização do

Estado pelos direitos sociais. Em outro capítulo analisaremos a repercussão das políticas neoliberais na área da saúde e na atenção primária, em particular.

Com esse receituário, o capital esperava retomar o crescimento econômico e superar a crise de acumulação. Entretanto, até hoje, apesar da aplicação à risca do ajuste fiscal na maioria dos países do mundo, inclusive nos pós-socialistas, as vitórias do neoliberalismo se resumiram ao controle da inflação, à derrota dos sindicatos, ao aumento do desemprego, do arrocho salarial e da desigualdade social; suas medidas não foram suficientes para reanimar o capitalismo. Para Anderson (1995) isso ocorreu porque a desregulamentação financeira favoreceu o investimento especulativo em detrimento do produtivo, o que pode ser comprovado pela mais recente agudização da crise, iniciada em 2008.

Se não foi capaz de promover crescimento econômico, o neoliberalismo promoveu redução significativa ou estagnação dos gastos sociais, apesar do aumento dos gastos públicos como proporção do PIB, em praticamente todos os países, decorrentes da elevação das despesas com o desemprego e com o aumento do número de aposentados. Consolidou-se uma estrutura social polarizada entre extremos de pobreza e indigência, convivendo com níveis crescentes de violência e criminalidade, de um lado, e riqueza e opulência, de outro. Porém, a maior vitória do neoliberalismo se deu no campo ideológico, consolidando de forma avassaladora a ideia de que não há alternativa viável ao seu projeto (ANDERSON, 1995). Nesse sentido, o fim das experiências socialistas na Europa do leste também jogou papel fundamental.

Um exemplo paradigmático da política neoliberal na área da saúde ocorreu em um de seus berços, a Inglaterra. Vamos nos deter um pouco sobre essa experiência pelo seu significado para os sistemas públicos de saúde no plano internacional. O *NHS* representou um dos principais desafios para a política conservadora do governo Thatcher. Esse sistema garantia assistência médica universal, gratuita no momento da prestação do serviço e financiada por impostos gerais. A forma de pagamento, voltada para o alcance de metas de saúde, desestimulava o excesso de procedimentos e tratamentos, o que mantinha os custos relativamente baixos. À exceção de acidentes e emergências os especialistas só atendiam pacientes encaminhados por médicos generalistas. Com melhores indicadores de saúde que os EUA, o Reino Unido gastava um terço do que aquele país em serviços de saúde (LEYS, 2004).

Após uma primeira tentativa fracassada de privatizar por atacado a assistência médica, em 1982, terceiro ano de gestão, Thatcher resolveu mudar de método. Leys (2004)



destaca as três principais estratégias adotadas para abrir o *NHS* para o mercado: terceirização de todos os serviços hospitalares – limpeza, alimentação, lavanderia, exames de patologia, etc.; criação de uma nova hierarquia para administrar os hospitais, composta por empresários, com o objetivo de se sobrepôr à administração médica; corte nos gastos com saúde, que são mantidos abaixo do crescimento das necessidades, forçando a redução de serviços.

Como consequência dessas medidas, ocorreu uma redução drástica do número de funcionários diretos do *NHS* (mais de 40%, entre 1981 e 1991), o que acarretou sobrecarga e estresse aos que permaneceram e aumento do tempo de espera para consultar especialistas. Houve redução significativa na abrangência e na igualdade de acesso, cujo exemplo mais grave se deu na odontologia (reduzida ao tratamento infantil, os adultos foram obrigados a pagar até 80% dos custos). Com a participação ativa da mídia, divulgando os problemas de assistência, cada vez mais frequentes, ocorreu um aumento da procura pela assistência médica privada, acarretando uma rápida expansão do seguro privado e do número de leitos hospitalares privados, na década de 1980 (LEYS, 2004). Processo que guarda semelhanças com o desgaste a que vem sendo submetido o SUS, no Brasil.

Uma ação inédita dos sindicatos de enfermagem, com apoio dos médicos, em 1987, culminou com a divulgação de uma carta aberta denunciando a crise do *NHS*. O governo Thatcher respondeu com mais neoliberalismo: a Lei do *NHS* e da assistência comunitária, de 1990, criou o chamado “mercado interno”, com a divisão do sistema em “compradores” e “fornecedores”, a pretexto de torná-lo mais eficiente. Os “compradores” eram as superintendências de saúde e alguns clínicos “investidores”, que “compravam” a assistência médica hospitalar para os pacientes de suas regiões. Os “fornecedores” eram os hospitais que se transformaram em “conglomerados” autofinanciados e internavam os pacientes em troca do pagamento efetuado pelos “compradores”. Leys (2004) considera que o nome “mercado interno” era impróprio, pois não era mercado, uma vez que o governo controlava o sistema, e nem era interno, as superintendências de saúde também compravam serviços hospitalares privados. O sistema assim fragmentado em mais de 400 conglomerados e várias centenas de “compradores” ficou ainda mais permeável às influências externas do mercado. Fragmentação semelhante vem ocorrendo com o SUS, a partir da terceirização da gestão para ONGs e grupos privados.

A Lei do *NHS* deu outro duro golpe na abrangência do sistema: transferiu para as autoridades locais a responsabilidade pela assistência médica de longo prazo aos doentes

crônicos, idosos senis e portadores de incapacidades mentais. A assistência médica gratuita do *NHS* foi substituída pela cobrança de parte dos custos, permitida às autoridades locais, que recebiam um financiamento adicional para essas ações, porém insuficiente. Além disso, instituiu-se a obrigação de destinar 85% dos recursos transferido às autoridades locais para a colocação de pacientes em lares abrigos privados, que haviam se expandido desde 1983, com a política de Thatcher de permitir que pessoas pobres em asilos privados (não nos públicos) pudessem solicitar pagamentos da previdência social. A partir da Lei do *NHS*, todos os que estivessem em lares de assistência privados seriam financiados pelo orçamento das superintendências locais, desde que seus rendimentos não superassem os limites estabelecidos (avaliados em testes de meios). Como resultado, a assistência médica de longo prazo deixou de ser gratuita e de responsabilidade do serviço de saúde, exceto para os muito pobres. Criou-se uma indústria multibilionária desse tipo de assistência, utilizando recursos públicos (LEYS, 2004).

A tática adotada por Thatcher mostrou-se vitoriosa, pois retirou o acesso igualitário à saúde dos grupos que, apesar de serem os que mais precisavam dela, eram os que dispunham de menor capacidade de luta – os idosos e os doentes crônicos. A justificção adotada sempre foi a necessidade de redução de custos; entretanto, eles não só não se reduziram, como o custo administrativo mais que dobrou. Como consequência de todas essas medidas, extinguiu-se a igualdade no acesso aos serviços de saúde, que foram divididos em “três classes”:

serviço *imediato* de luxo para pacientes particulares em hospitais do *NHS*; serviço rápido para os pacientes de alguns clínicos investidores (nos casos em que esses conseguiam negociá-lo em seus contratos com hospitais) e, conseqüentemente, esperas maiores e serviço pior para o restante – isto é, uma erosão geral do princípio do acesso igualitário com base apenas nas necessidades de saúde (LEYS, 2004, p. 215).

Outra importante iniciativa do governo conservador para estimular o setor privado foi a chamada Iniciativa Financeira Privada (*Private Finance Initiative – PFI*), depois rebatizada pelos neotrabalhistas de Parceria Público-Privada (PPP). Por esse mecanismo, inicialmente adotado para um programa de construção de hospitais, em vez de o setor público fazer grandes investimentos com capital próprio, arrendaria imóveis do setor privado (LEYS, 2004). Os novos hospitais da *PFI* pertenceriam aos consórcios privados, que também contratariam toda a equipe não técnica. Os conglomerados do *NHS* fariam contratos de arrendamento de até trinta anos, eliminando com isso, o risco de investimento do setor privado, cujas obras resultaram em custos mais elevados que as públicas. O *PFI*

significou não só o desvio de boa parte do orçamento do *NHS* para o setor privado de construção e administração de instalações, mas também, a ruptura de uma nova fronteira entre o público e o privado, pois os consórcios passaram a ter liberdade para vender seguros de saúde e produtos de serviços de saúde para os pacientes que usavam suas instalações.

Em 1997, com a vitória do Partido Trabalhista, que, enquanto estivera na oposição havia denunciado os problemas da política de saúde conservadora, não se observou mudança de orientação, ao contrário, além de manter as “reformas” de Thatcher, o Novo Trabalhismo implementou novas mudanças pró-mercado, pautadas pela meta de redução de custos. Sob pretexto de priorizar a APS, o trabalhismo neoliberal estendeu as prerrogativas dos hospitais aos Conglomerados de Assistência Primária (Primary Care Trusts - PCT), que passariam a ser independentes legal e financeiramente, com liberdade para desenvolver atividades lucrativas (LEYS, 2004), o que significou

liberdade de levantar capital no mercado privado, de terceirizar atividades com fornecedores com fins lucrativos (de contadores a fisioterapeutas) e de captar recursos com a realização de atividades lucrativas, como farmácia ou a venda de seguros privados de saúde (LEYS, 2004, p. 222).

Os quarenta anos de subfinanciamento da saúde levaram ao desencantamento da população com os serviços públicos prestados pelo Estado, pois ele significou redução de acesso, com perda de qualidade e aumento das filas de espera. Com o tempo, a mercantilização dos serviços de saúde passou a ser aceita e os pacientes transformaram-se em clientes/consumidores que “escolhiam” os serviços disponíveis no mercado, de acordo com a sua capacidade de pagamento. Operou-se uma conversão ideológica no sentido da aceitação de que a prestação de serviços de saúde era uma mercadoria como outra qualquer (LEYS, 2004). O subfinanciamento<sup>18</sup> levou a todo tipo de “acionamento”. Leys (2004) destaca duas modalidades: impor limites aos gastos com prescrição de medicamentos mais caros, o tipo mais comum; e restringir o tratamento hospitalar de idosos, uma forma mais velada e não assumida abertamente.

No ano 2000, o governo trabalhista neoliberal lançou um novo *Plano do NHS*, mais uma investida a favor da mercadorização do sistema. Com o discurso de melhoria da qualidade da assistência e de aumento do investimento, na realidade, ofereceu-se uma nova

---

<sup>18</sup> Em 1997, a parcela média do PIB destinada à assistência médica em 15 países da EU era de 8,7%, ou 1.109 libras *per capita*. O Reino Unido gastava 6,8% de seu PIB (907 libras *per capita*) enquanto a Alemanha gastava 10,7% (1.666 libras *per capita*) e a França, 9,6% (1.397 libras *per capita*) (*Compendium of Health Statistics 1999 apud LEYS (2004)*).

participação no *NHS* a todos os segmentos privados da assistência médica. O setor privado foi estimulado a “investir” nas instalações e no pessoal dos serviços de emergência, o que lhe possibilitou tornar-se prestador de assistência médica do *NHS*. Assim, tal como aconteceu com os serviços de assistência de longa duração, o setor privado passaria a prestar serviços clínicos dentro do *NHS*, recebendo recursos públicos para isso; na prática, uma nova modalidade de privatização.

Com a campanha da mídia denunciando as falhas do sistema, cada vez mais se fortalecia a ideia de que se a “crise do *NHS*” não fosse superada, ele deveria ser substituído pelo mercado. A essa altura, quase toda a APS, a assistência odontológica e de longo prazo já era prestada por organizações autônomas ou empresariais, em instalações privadas, com equipes contratadas por empregador privado, o que aconteceria progressivamente com os hospitais à medida que a modalidade *PFI* avançasse (LEYS, 2004). No setor hospitalar, já havia 3.000 leitos privados em hospitais do *NHS*, metade em unidades separadas, dedicadas a pacientes “pagantes”, com acomodações e alimentação diferente das oferecidas aos “não pagantes”. Apenas os profissionais (médicos, enfermeiros e técnicos) dos hospitais (não todos) possuíam vínculo empregatício com o *NHS*. Muitos *PCTs* ofereciam serviços privados paralelamente aos serviços gratuitos (LEYS, 2004).

A intervenção do Estado, seguindo a cartilha neoliberal, garantiu a redução dos riscos financeiros para a penetração do capital no campo da assistência médica. Várias iniciativas dirigiram-se a esse objetivo: incentivos fiscais para as empresas contratarem seguro privado de saúde para funcionários das faixas salariais mais baixas; descontos no imposto de renda (IR) para prêmios de seguro de saúde individual para pessoas com mais de sessenta anos; título de beneficência para hospitais privados sem fins lucrativos para isenção de impostos, mesmo que esses só aceitassem pacientes que pudessem pagar seus elevados preços; redução de custos nos hospitais do *NHS* para favorecer os hospitais privados na competição com os públicos. Assim, o *NHS* deixou de ser o sistema mais estatizado e universal das sociedades capitalistas para se tornar um sistema que, apesar de manter o financiamento público, está dominado pela lógica da acumulação capitalista (LEYS, 2004).

Na América Latina, a política neoliberal teve como referencial o Consenso de Washington, patrocinado pelos organismos internacionais, com o intuito de estabelecer o caminho para vencer a inflação e enfrentar o problema da dívida externa. O primeiro país a adotar o programa neoliberal, mesmo antes da Inglaterra, de Thatcher, e dos EUA, de Reagan, foi o Chile, de Pinochet, onde, graças ao regime ditatorial, foram adotadas

medidas duras de desregulação, privatização do patrimônio público, repressão sindical, reformas tributárias que concentraram ainda mais a renda nos ricos e desemprego massivo (ANDERSON, 1995).

No Brasil, a emergência do neoliberalismo coincidiu com a retomada da democracia e com um movimento social ascendente, talvez, por isso, como apontam alguns autores, a aplicação do receituário do Estado mínimo<sup>19</sup> tenha sido retardada e matizada. A CF de 1988 nasce em pleno coração do movimento mundial de hegemonia neoliberal e, em função disso, a materialização dos direitos sociais que ela expressa enfrentou forte reação por parte dos setores conservadores. A forma como se configurou a política neoliberal no país e sua repercussão na política de saúde será um dos eixos que desenvolveremos nesta pesquisa, pois, com a agudização da crise, a partir de 2008, e apesar da eleição de uma coalizão política comandada por um partido de esquerda, consideramos que não houve mudança significativa nos rumos da política econômica e social em curso, apesar de alguns avanços pontuais.

Outra transformação importante ocorreu no mundo do trabalho, a partir dos anos 1980, contribuindo para o empobrecimento de amplas camadas da população e o aumento da polarização social. A revolução tecnológica e novas modalidades de organização da produção configuraram o que muitos autores denominaram de reestruturação produtiva. Para Navarro (1995), essas transformações se iniciaram no final da década de 1970, como resposta da classe capitalista às grandes mobilizações e greves com ocupações de fábricas, que questionavam as relações de propriedade no local de trabalho e reivindicavam participação em decisões relativas ao processo de trabalho, aos novos investimentos e introdução de novas tecnologias. Como resultado, em vários países do capitalismo avançado foram aprovadas leis, durante a década de 1970, introduzindo reformas nos locais de trabalho, restringindo o poder dos empresários.

Diante da ameaça que representavam os avanços da classe trabalhadora, somados ao aumento da popularidade do Estado de bem-estar e dos partidos socialistas, identificados com aquele Estado, o capital buscou construir respostas no âmbito da produção, modificando as relações dentro da empresa. Essas mudanças, segundo Navarro (1995), foram facilitadas pela introdução do processamento eletrônico de dados, de computadores e microprocessadores, e objetivavam centralizar a direção e o controle e, ao

---

<sup>19</sup> Na realidade, o Estado foi mínimo apenas para o social, para os interesses do capital ele foi máximo.

mesmo tempo, descentralizar a execução, um processo de *racionalização administrativa e gerencial*.

Essas “novas fábricas” caracterizaram-se por: 1) abandono da organização baseada na esteira transportadora ou na cadeia de montagem e sua substituição por tarefas de montagem em paralelo com a criação de grupos de trabalhadores semiautônomos; 2) descentralização das tarefas de produção nesses grupos; e 3) coordenação por meio de sistemas centralizados de computadores, da atividade de indivíduos e grupos autônomos (NAVARRO, 1995, p. 96).

A internacionalização da produção foi, no entender de Navarro (1995), a principal resposta do capital ante a força do movimento operário no período. O surgimento da “produção global” significou a transferência de postos de trabalho de países com movimentos operários fortes para aqueles onde esses eram fracos, com menores custos trabalhistas, cenários menos regulados e forças operárias mais suscetíveis à superexploração. Essa “fábrica mundial” tornou-se a forma dominante de produção nos anos 1980. Outra forma de resposta da classe capitalista incluiu a terceirização ou subcontratação de pequenas empresas, seguindo o modelo japonês, caracterizado por um núcleo central de trabalhadores e um grande número de fornecedores, apoiada em modalidades de trabalho mal pago, pobremente organizado e realizado em tempo parcial, redes altamente flexíveis e adaptáveis às necessidades do mercado. Esse processo, denominado de pós-fordista, pressupunha o enfraquecimento das organizações sindicais nas fábricas e estruturas trabalhistas que fragmentavam o movimento operário (NAVARRO, 1995).

Esses novos processos de trabalho marcados pela “flexibilização da produção” ou “especialização flexível” substituíram ou passaram a coexistir com o fordismo/taylorismo, predominante na grande indústria capitalista do século XX, cujas características são: produção em massa; *linha de montagem*; controle do tempo (*cronômetro*); *produção em série taylorista*; trabalho parcelar e fragmentação de funções; separação entre *elaboração* e *execução*; constituição do *operário-massa* e do trabalhador coletivo fabril; unidades fabris concentradas e verticalizadas. As novas modalidades de desconcentração industrial corresponderam a um processo de transição, iniciado após a aguda recessão de 1973, no interior do processo de acumulação capitalista, que David Harvey denominou de *acumulação flexível*, cujo eixo de estruturação é a “flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e dos padrões de consumo” (ANTUNES, 1995, p. 21).

O desenvolvimento de novas tecnologias contribuiu para gerar excedentes de força de trabalho – desemprego estrutural em altos índices – e para garantir estratégias de intensificação da exploração, com desdobramentos em relação aos direitos do trabalho, que são desregulamentados e flexibilizados de forma a dotar o capital de condições adequadas para a sua acumulação. Decorre daí, a substituição de conquistas históricas dos trabalhadores por uma gama de relações de trabalho, como o trabalho em casa e o trabalho informal sem qualquer vínculo trabalhista, deixando os capitalistas escolher à vontade o sistema que melhor lhes conviesse. No lugar da *integração vertical* fordista, o modelo japonês ou toyotismo adota a *horizontalização*, que significa redução da produção na montadora e sua extensão às subcontratadas, as “terceiras”, sendo essa “terceirização” adotada por toda a rede de fornecedores. Para gerenciar esses novos processos, são adotados novos padrões de gestão da força de trabalho, como os Círculos de Controle de Qualidade (CCQ), a “gestão participativa” e a “busca de qualidade total”. Além disso, desenvolveram-se estratégias de envolvimento do sindicalismo com os interesses das empresas, o chamado *sindicalismo de empresa*, o *sindicato-casa*, a *família-Toyota*, uma forma de atrelar ideologicamente o movimento sindical ao universo patronal (ANTUNES, 1995).

Essa nova forma produtiva gerou uma série de mudanças no mundo do trabalho, que podem ser assim resumidas: 1) redução do proletariado fabril, industrial, manual, em decorrência do quadro recessivo e da automação, da robótica e da microeletrônica, gerando um elevado desemprego estrutural; 2) subproletarização, sob a forma de trabalho precário, parcial, temporário, subcontratado, “terceirizado”, vinculado à economia informal, resultado da desregulamentação das relações de trabalho e da regressão dos direitos trabalhistas; 3) aumento da exploração da força de trabalho das mulheres em ocupações de tempo-parcial e em trabalhos “domésticos” subordinados ao capital; 4) intenso assalariamento dos setores médios, decorrente da expansão do setor de serviços, característico das sociedades altamente industrializadas; 5) segmentação na *forma de ser* do trabalho, levando, de um lado, a uma maior *qualificação* para um grupo minoritário de trabalhadores, e de outro, a uma maior *desqualificação*, que se caracteriza por uma *desespecialização*, no caso do operário industrial e da massa de trabalhadores que oscila entre o trabalho informal e o desemprego, o que alguns autores chamaram de *proletariado pós-industrial* e outros de *subproletariado* moderno (ANTUNES, 1995).

Entretanto, nem a reestruturação produtiva nem os violentos ajustes neoliberais conseguiram reanimar o capital, persistindo taxas baixas de crescimento econômico,

deixando um inquestionável legado de destruição para as classes trabalhadoras, suas organizações e seus direitos e para a reestruturação das políticas sociais, entre elas, as políticas de saúde. A crise atual, iniciada na década de 1970, configura-se, segundo Mészáros, como uma crise estrutural do capital, produto da falência das duas principais experiências de regulação do capital, o keynesianismo e o socialismo. Não se trata de uma crise passível de resolução por meio de regulação, pois não é apenas financeira, apesar da imensa expansão especulativa do aventureirismo financeiro. Ela invade todos os domínios da vida social, econômica e cultural, com consequências destrutivas importantes, como a precarização estrutural do trabalho e a destruição da natureza, colocando em risco a própria humanidade (MÉSZÁROS, 2009).

Para Mészáros (2009), três eventos marcam o início dessa nova etapa do capitalismo: o movimento de maio de 68; a queda da taxa de lucro; e a reestruturação produtiva desde 1973, com a emergência do desemprego crônico. O capitalismo por “não ter limites para a sua expansão” na busca incansável de mais-valor acaba por assumir um caráter destrutivo em função da utilização predatória da natureza e da descartabilidade crescentemente acelerada de seus produtos, arrastando na sua ganância as próprias condições de reprodução de sua principal mercadoria, a força de trabalho. Essa crise configura-se como uma crise “endêmica, cumulativa, crônica e permanente” e, também, “sistêmica”, ao contrário dos ciclos de expansão intercalados por crises, que conformaram o capitalismo ao longo de sua história, denominada pelo autor de *depressed continuum*, ou seja, uma crise estrutural. Os mecanismos adotados para o seu enfrentamento são cada vez mais insuficientes, uma vez que a crise tem como base a *disjunção radical* entre *produção para as necessidades sociais* e *autoreprodução do capital*, colocando em risco a própria sobrevivência da humanidade (MÉSZÁROS, 2009, p. 12).

### **1.6 Alma Ata e Reforma Sanitária italiana**

Foi no contexto de grave crise do capitalismo no plano internacional que ocorreu um evento marcante para a APS – a histórica Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão, em 1978. A Declaração de Alma-Ata reafirmou a saúde como direito humano fundamental, considerada a mais elevada meta social mundial, exigindo, para isso, a ação do Estado, não só no setor da saúde, mas por meio de políticas sociais e econômicas. Os representantes dos então países socialistas desempenharam papel importante nessa Conferência no sentido de buscar



comprometer os Estados com a saúde de suas populações. Foi considerada inaceitável a “chocante” desigualdade existente no estado de saúde dos povos entre os países centrais e periféricos e, também, no interior dos próprios países (OPAS, 1978). A Conferência estabeleceu a meta de “saúde para todos no ano 2000” e ressaltou a responsabilidade dos governos em assegurá-la, o que exigiria políticas sanitárias e sociais, com destaque para os cuidados primários de saúde. A Declaração concebeu os cuidados primários de saúde como “essenciais à saúde” e

baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao **alcance universal** de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua **plena participação** e a um **custo que a comunidade e o país possam manter** em cada fase de seu desenvolvimento. Fazem **parte integrante tanto do sistema de saúde**, do qual constituem a **função central** e o **foco principal**, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade (OPAS, 1978, p.1) (sem grifo no original).

Ainda de acordo com a Declaração de Alma Ata, a APS representa

o **primeiro nível de contato** dos indivíduos, da família e da comunidade com o **sistema nacional de saúde**, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o **primeiro elemento** de um **continuado processo de assistência à saúde**. (OPAS, 1978, p. 2, sem grifo no original).

Alma-Ata também sinalizou a importância de os cuidados primários de saúde proporcionarem serviços abrangentes de proteção, cura e reabilitação, apoiados por sistemas de referência funcionais e integrados, buscando a melhoria da saúde “para todos, mas com prioridade para os que têm mais necessidade”, no sentido da equidade em saúde. Assim, foram formulados internacionalmente importantes referenciais para a organização da prestação da atenção à saúde: estruturação dos sistemas nacionais de saúde, tendo como função central os cuidados primários; construção da equidade em saúde; direito à saúde e responsabilidade dos governos para garanti-lo por meio de políticas sociais e econômicas; controle social no sentido do controle da sociedade sobre o sistema de saúde; e ação intersetorial.

O significado desses postulados para a política de saúde não se resume a seus aspectos técnicos e específicos, é preciso compreendê-los no contexto da grave crise do capitalismo e dos desafios para melhorar o estado de saúde das populações, particularmente da força de trabalho, diante da elevação crescente dos custos das ações de saúde, decorrente da especialização e da utilização acentuada de equipamentos, materiais e

medicamentos. Essas são as bases materiais que propiciaram a proposta de ampliação do acesso às ações de saúde por meio da APS. Como constata Donnangelo (1979), a extensão do consumo de serviços médicos não se deu de forma igual em todas as sociedades capitalistas e as propostas da Conferência, apesar de se dirigirem a todos os países, visavam principalmente aos países da periferia do capitalismo, onde os recursos disponíveis dificilmente seriam suficientes para a garantia de um sistema universal e integral de saúde.

Alma-Ata representou uma proposta de racionalização das ações de saúde, no sentido de oferecer uma alternativa mais barata ao problema da cobertura dos serviços, significado da proposta de compatibilidade com as condições econômicas de cada país, que para os países pobres, que apresentam maiores necessidades, representa uma assistência empobrecida, em função da insuficiência de recursos. Mas, por outro lado, sinalizou a necessidade de ampliação do acesso às ações de saúde, questionando a excessiva medicalização dessas ações, sua elevada tecnificação, com a conseqüente perda da abordagem integral do indivíduo no seu contexto familiar e social, destacando, também, a responsabilidade dos governos com a garantia do direito à saúde. Na esteira dos movimentos que questionaram a fragmentação da prática médica, a Conferência também interrogou a eficácia de seu caráter especializado para resolver os problemas de saúde das populações, e propôs os cuidados primários como momento inicial do processo de cuidado, que deveria se estender a todo o sistema de saúde e envolver políticas econômicas e sociais.

Por se tratar de documento elaborado pelos representantes dos diversos Estados capitalistas e socialistas então existentes, apresenta contradições inerentes às diferentes concepções então em disputa. Dessa forma, apesar de condenar a desigualdade entre os países e no interior desses, reduz a sociedade a uma comunidade abstrata, ignorando as desigualdades de classes que se expressam tanto nas diferenças no processo de adoecimento, quanto no acesso às ações de saúde. Essas contradições, inerentes ao capitalismo, são naturalizadas. Os interesses em disputa em torno das políticas do Estado não são considerados, e os problemas de saúde seriam superáveis por meio do acesso às ações de saúde, que todos os Estados deveriam organizar, porém, de acordo com custos suportáveis, o que significa um padrão de APS limitado aos recursos disponíveis, mascarando o fato de que o volume de recursos destinados a uma política é resultado da luta entre os diversos interesses em torno do fundo público.

Da mesma forma que na proposta da medicina preventiva, Alma-Ata apoia-se na concepção do processo saúde-doença tendo como base o modelo da História Natural da Doença, tão bem analisado por Arouca, no qual as etapas do adoecimento se seguem linearmente num tempo cronológico, mas não histórico, do estado saudável ao da doença, numa relação de equilíbrio/desequilíbrio entre o homem, seus atributos, os agentes patógenos e o meio, naturalizando e, assim, mitificando e despolitizando o social. A cada etapa do processo saúde-doença corresponderiam, segundo o modelo, níveis de prevenção, ou seja diferentes modalidade de organização das práticas médicas, desconsiderando a articulação histórica da medicina com a sociedade (AROUCA, 2003).

Todas essas considerações, entretanto, não apagam a importância dessa Conferência para a luta pelo direito universal à saúde, como balizador da implementação de políticas públicas, configuradas na proposta de sistemas públicos, universais e integrais de saúde. Esse foi o caso do Brasil, onde ao impacto das resoluções dessa Conferência se somou às lutas pela redemocratização e por melhores condições de vida, culminando na constituição do movimento da reforma sanitária, instrumento chave na luta pela aprovação, no âmbito da Assembleia Nacional Constituinte (ANC), do princípio do direito humano à saúde como obrigação do Estado, que será analisado em capítulo posterior.

Nesse período, ocorreu outro processo de desenvolvimento de políticas de saúde no plano internacional, que teria importante repercussão no Brasil: a reforma sanitária italiana. Essa reforma objetivou a instituição do *Servizio Sanitario Nazionale (SSN)*, no final de 1978, balizados pelos princípios da unificação, descentralização, acesso igualitário aos serviços de saúde e participação social. Berlinguer (1988) concebia a reforma como luta social e alertava que a lei era apenas o primeiro passo, pois muitos obstáculos se apresentariam no processo de sua implantação, cuja evolução dependeria em grande medida do rumo seguido pela política no país. Como no Brasil, estavam em curso na Europa a crise econômica e as políticas de corte neoliberal, que reduziam o papel do Estado nas políticas sociais. A concepção que norteou a formação do SSN foi elaborada e defendida pela esquerda, o Partido Comunista Italiano e o Partido Socialista Italiano, tendo no deputado Giovanni Berlinguer um dos seus principais apoiadores.

Para Berlinguer (1988) a maior originalidade da reforma italiana foi o amplo movimento cultural, sindical, político, no qual participaram milhares de cidadãos, que reivindicavam mudanças na saúde, desde 1967. O movimento operário italiano adquiriu consciência da importância da luta pelo direito à saúde. Comparando com a criação dos sistemas públicos, russo e inglês, o autor destaca que, diferentemente do que ocorreu na

Itália, esses sistemas foram produto de mudanças políticas gerais, no primeiro, a Revolução russa e, no segundo, a chegada dos trabalhistas ao governo. Além disso, destaca a contradição de uma reforma “*baseada em princípios socialistas, mesmo que expressos em normas contraditórias, e uma realidade que mantém as características essenciais do capitalismo*” (BERLINGUER, 1988, p. 6). O *NHS* completava então trinta anos, com inegáveis progressos, mas com a persistência de dois problemas, destacados pelo autor, a desigualdade social na distribuição das doenças e a diminuição da expectativa de vida, o que evidencia as limitações das políticas sociais nas sociedades capitalistas e as determinações mais gerais, relativas à desigualdade entre as classes, no processo de adoecimento.

Berlinguer (1988) ressalta, ainda, a necessidade de questionar a visão social hegemônica sobre a medicina como uma técnica, que quanto mais dispendiosa e especializada mais pode curar. Para melhorar a saúde é preciso substituir essas ideias e construir uma nova consciência sanitária apoiada em um

conceito de que a saúde não se compra como um produto, mas pode ser criada mudando hábitos, tecnologias, alienações, incongruências ambientais e sociais. Em outras palavras: no campo da saúde, temos muito mais necessidade de cultura do que de mercadoria. Certamente, também há necessidade de tecnologias mais aperfeiçoadas, de novos produtos e aparelhamentos, com objetivos diagnósticos, terapêuticos e preventivos. Mas nos arriscamos a entrar em uma espiral sem fim, de tecnologias cada vez mais dispendiosas e sofisticadas, de despesas sempre crescentes, de benefícios sanitários cada vez mais escassos e, em contrapartida, de danos iatrogênicos cada vez mais difundidos (BERLINGUER, 1988, p. 22).

Enfrentar esse modelo de saúde-mercadoria, cujo exemplo mais acabado encontra-se nos EUA, o centro do capitalismo mundial, era um dos principais desafios para a reforma sanitária italiana. Para Berlinguer (1988), a indústria por trás desse modelo apoia-se em dois elementos que comandam a venda de suas mercadorias/serviços: os médicos e os hospitais. O médico transforma a necessidade de saúde da pessoa que o procura em demandas de serviços, sendo influenciado nesse processo por uma série de fatores alheios às condições de saúde do doente, tais como, o tipo de formação que recebeu, a sua inserção no sistema, a disponibilidade de serviços especializados, o tipo de remuneração do serviço prestado, entre outros. Por outro lado, os hospitais representam o centro dos problemas desse sistema, pois propiciam um consumo potencializado de mercadorias. O gigantismo hospitalar italiano, ao lado de serviços básicos precários, e as despesas concentradas nos setores que produzem resultados de saúde menos eficazes, constituía a realidade a ser transformada (BERLINGUER, 1988). Em linhas gerais, esse

quadro apresenta muitas semelhanças com a realidade do sistema brasileiro, que a proposta do SUS pretendia transformar.

A descentralização, como no Brasil, era um dos eixos da reforma, com o fortalecimento do papel dos municípios na organização das chamadas “Unidades Sanitárias Locais”, zonas sanitárias com população entre 50 a 200 mil habitantes, com ampla competência para atuar na assistência integral à saúde, da prevenção à reabilitação, incluindo a educação sanitária. Essas unidades contariam com conselhos de gestão com ampla participação de usuários e profissionais. Nesse contexto, assume especial importância a chamada “assistência de base”, que corresponde ao que no Brasil denominamos de atenção básica – a APS.

Trabalhar em grupo, corresponder às necessidades de saúde da coletividade, concentrar energias onde vivem as pessoas, envolver a população, verificar o rendimento sanitário dos serviços – implicam uma profunda transformação do objeto, dos objetivos e dos métodos da assistência sanitária (BERLIGUER, 1988, p. 63).

Além de fortalecer a APS, outro desafio era mudar a centralização do hospital no sistema de saúde. Constituído como principal local de busca dos doentes por solução de seus problemas, passaria a ser um serviço integrado à rede, com profissionais e equipamentos adequados para atender às emergências e às necessidades não resolvidas em outros serviços, principalmente na APS.

Entretanto, entre a utopia do direito universal e a realidade econômica e política dos anos 1980 ficou uma grande distância. Berlinguer (1988) denuncia os efeitos da crise do Estado de bem-estar na implantação da reforma. Os governos conservadores, que se seguiram à aprovação da reforma, restringiram os gastos com a política de saúde, provocando um enorme gargalo para o avanço do *SSN*. A descentralização resultou em uma fragmentação de ações e serviços de saúde, e as políticas implementadas favoreceram a privatização. Estavam, assim, delineados os limites que as políticas neoliberais impunham à reforma sanitária italiana. Também, nesse caso, guardadas as diferenças estruturais e políticas, há muita semelhança com o processo da reforma da saúde no Brasil.

Nos limites do capitalismo, dada a sua natureza de apropriação privada da riqueza produzida socialmente, não será assegurado o acesso universal e igualitário à satisfação das necessidades humanas básicas, porém, a luta política das classes que vivem do trabalho pela sua efetivação, se insere em uma estratégia mais geral para impor limites ao capital, acumulando forças, na perspectiva da sua superação.

## **Capítulo II**

### **Contextos e origens da atenção primária no Brasil**

A análise desenvolvida neste Capítulo sobre as políticas de saúde no Brasil parte da recuperação do processo de formação e desenvolvimento do capitalismo brasileiro, pois é aí que se encontra boa parte das explicações para a conformação do Estado, da sociedade e de suas relações, determinantes da configuração das políticas sociais no país.

Desde o descobrimento, a necessidade de atendimento de demandas externas é o determinante do processo de desenvolvimento do Brasil. Nessa época, a Europa já produzia gêneros alimentícios suficientes para a sua subsistência, necessitando apenas de produtos naturais das terras tropicais, daí ser esse o principal motor do sistema agrário desenvolvido na colônia (HOLANDA, 2002). Dessa forma, durante os três séculos da dominação colonial, a economia brasileira foi organizada para fornecer, em ciclos distintos que se sucederam no tempo, gêneros tropicais ou minerais de grande importância para o comércio europeu: o açúcar, o ouro, o algodão e depois, o café. Essa determinação externa moldou a estrutura agrária colonial, cujos elementos constitutivos foram a grande propriedade, a monocultura e o trabalho escravo, componentes da “grande exploração rural” – a conjunção de um grande número de pessoas “numa mesma unidade produtiva” – constituindo a “célula fundamental da economia agrária brasileira” (PRADO JÚNIOR, 2008a, p. 121). Também a mineração, a partir do séc. XVIII adotará a mesma estrutura: grandes unidades que exploram o trabalho escravo.

É esse sistema de organização da produção, caracterizado por grandes unidades produtoras apoiadas na exploração do trabalho escravo, cujo único fim era produzir para o mercado externo, que acarreta como consequência a extrema concentração de riqueza, uma das principais marcas da economia colonial. Esse tipo de organização da lavoura determinou, também, a estrutura do país: a conformação das classes e categorias, ou seja, o conjunto de relações sociais (PRADO JÚNIOR, 2008a).

A escravidão desenvolvida na colonização do Novo Mundo, instituição substituída há muito tempo por outras formas de trabalho nas metrópoles, apresentou-se em proporções e características que nem o mundo antigo conheceu, acarretando uma verdadeira devastação tanto das populações indígenas, como das africanas. Essa escravidão, segundo Prado Júnior (2008a), não foi acompanhada por nenhum elemento construtivo, o homem foi reduzido a um “instrumento vivo de trabalho”, apenas

interessava sua força bruta, um negócio muito lucrativo para seus investidores. Para a produção extensiva de alguns gêneros altamente remunerados no mercado internacional, por meio da utilização dos recursos naturais, bastava o esforço material realizado pelo índio e depois pelo negro. Esse trabalho servil constituiu-se em um dos fatores da derrocada das civilizações espanhola e portuguesa, e também as colônias, incluindo o Brasil, pagaram um preço alto por ela.

O negro foi tratado aqui como um verdadeiro pária social, o descaso com a sua formação moral e intelectual foi total. Apesar de ter havido uma mistura de raças, o que é mais importante para a “formação brasileira é o baixo nível dessas massas escravizadas que constituirão a imensa maioria da população do país” (PRADO JÚNIOR, 2008a, p. 274). O ritmo retardado da economia colonial tem nas condições de exploração da força de trabalho uma de suas principais limitações.

A utilização quase universal do trabalho escravo, inclusive nos serviços domésticos, tornando muito limitado o espaço para o trabalho livre, traz outra consequência importante: o trabalho torna-se uma ocupação pejorativa e desabonadora. Para os indivíduos livres sobravam apenas raras ocupações rurais (feitor, mestre dos engenhos, etc.), poucas funções públicas, as atividades militares, o comércio (privilégio dos nascidos no Reino), poucas profissões liberais (advogados, cirurgiões, etc. que exigem estudos realizados apenas no exterior)<sup>20</sup> e, principalmente, a Igreja, que oferecia oportunidades de estudos, sendo os seminários os primeiros institutos de ensino superior do país. Mas, como relembra Prado Júnior (2008a), nessa última, também se manifestava o preconceito: quem não fosse de pura origem branca só tinha acesso com dispensa especial. Assim, a colonização escravocrata também reforçou outro problema com sérias consequências sociais: o preconceito discriminador das raças, que agrava a discriminação realizada no terreno social, pois impõe uma marca inconfundível a essa diferença social, contribuindo para reforçar a separação entre as classes (PRADO JÚNIOR, 2008a).

O resultado do sistema econômico da produção colonial, da quase universalização do trabalho escravo e das limitações para o acesso a determinadas atividades é uma sociedade extremamente desigual: de um lado, os senhores e uma minoria que gravitava a seu redor, e de outro, a multidão de escravos, a massa trabalhadora. Entre eles, aparece um grupo que vai crescendo com o tempo, o dos “desclassificados, dos inúteis e inadaptados;

---

<sup>20</sup> Médicos eram muito raros. Em 1818, não havia em toda a capitania de São Paulo nenhum médico ou cirurgião verdadeiro (PRADO, JÚNIOR, 2008, p. 278).

indivíduos de ocupações mais ou menos incertas e aleatórias ou sem ocupação alguma” (PRADO JÚNIOR, 2008a, p. 279).

Esse contingente de trabalhadores livres sem trabalho, que se arrastam na indigência, é composto, em sua maioria, por negros e mulatos fugidos da escravidão (os quilombolas, temidos pela ordem social), índios deslocados de seu ambiente social e mesmo, brancos pobres, segregados pela exploração escravocrata do trabalho, alguns vivendo como *agregados* dos senhores de engenho, a quem deviam vassalagem. Compõe também esse contingente o grupo dos desocupados permanentes, que vagam de lugar a outro em busca de meios de sobrevivência, às vezes, enveredando para o crime. São os chamados “vadios”, que pelo seu número configuram-se em “ameaça” e que perdurarão por todo o período colonial e pelo império. Esses indivíduos desamparados, sem ocupação fixa ou totalmente desocupados alternam o recurso à caridade e ao crime (PRADO JÚNIOR, 2008a).

A sociedade colonial tem como principal eixo de organização o “clã patriarcal” – uma “unidade econômica, social, administrativa e até de certa forma religiosa” composta pelo conjunto de indivíduos que, reunidos em torno da grande propriedade rural, participam de suas atividades (PRADO JÚNIOR, 2008a, p. 284). A base essencial dessa organização social não poderia ser outra senão a escravidão e o regime econômico que a sustenta: o grande domínio, que responde pela maior parte da produção e da riqueza coloniais. Em torno do proprietário e sua família juntam-se os escravos e a população atraída pelo único centro de poder e riqueza. Nesse contexto, a autoridade pública é totalmente dependente desse poder para sua ação. O detentor da autoridade real é o senhor rural. De simples unidade produtiva evolui para se transformar na “célula orgânica” da sociedade colonial e, mais tarde, o berço da grande família patriarcal brasileira (PRADO JÚNIOR, 2008a).

A família patriarcal marcou a formação social brasileira, com repercussões na vida pública. Em toda a vida social predominavam comportamentos próprios do ambiente doméstico – particularismos e paternalismos – o privado invadindo o público, a família entrando no Estado, moldando as relações entre governantes e governados (HOLANDA, 2002). Ocorre, então, um processo de aristocratização do grande proprietário, que já reúne as características de todas as aristocracias: riqueza, poder e autoridade; às quais se agregará a tradição, por meio da ação “protetora e paternal” do chefe do clã, que dirige e escolhe os casamentos. Esses grandes proprietários constituem-se numa fração da classe privilegiada, a aristocracia colonial, que, como as demais, desenvolve o “orgulho e a tradição, pelo



menos de família e do sangue (...)” (PRADO JÚNIOR, 2008a, p. 287). Essa situação só começaria a mudar com o declínio da grande lavoura e o desenvolvimento das cidades, iniciados com a chegada da Corte portuguesa ao Brasil e, depois, com a Independência.

Outra característica do período colonial é o papel desempenhado pela Igreja, aceita por todos como autoridade, que submetia os indivíduos aos seus ditames, mesmo em assuntos privados. Na administração pública não havia como diferenciar a ação civil da ação religiosa. A Igreja atuava de forma destacada e até exclusiva em vários setores. A assistência social é um exemplo: dirigida ao pauperismo e à indigência, mas também, à infância, à velhice e aos doentes (PRADO JÚNIOR, 2008a). A Igreja estava sujeita ao poder civil desde que o papa, por meio do chamado patronato, transferiu aos monarcas portugueses o poder de decidir sobre os assuntos eclesiásticos nas terras descobertas, inclusive a arrecadação dos dízimos (tributos da Igreja), cuja contrapartida era a responsabilidade de manutenção do clero, por meio de subvenções pecuniárias. Dessa forma, a Igreja transformou-se em braço do poder secular, departamento da administração leiga, e o clero era o seu funcionalismo (HOLANDA, 2002).

A administração colonial, centralizada em Lisboa, teve como característica principal uma ineficiente máquina burocrática sem qualquer especialização. Predominava a falta de organização, além da utilização de processos brutais como o recrutamento (caça e retenção de todos os que estivessem em condições de se alistar) e a cobrança de tributos – delegada a particulares por meio do pagamento de um valor global, gerando graves extorsões para garantir o lucro do contratado. Nas atividades essenciais do Estado a fragilidade e desorganização eram evidentes. A justiça era cara, morosa e inacessível à maioria. A segurança pública, praticamente inexistente, era exercida por meio da delegação de poderes, resultando em “quistos de mandonismos” que perduraram até à República. As finanças eram marcadas pela permanência do déficit e do calote.

Nos setores considerados não essenciais a situação era ainda pior. A educação reduzia-se a algumas aulas de latim e grego e ao pouco ensino ministrado pela Igreja, apenas nos principais centros. Quanto à saúde, resumia-se a raríssimos hospitais militares e às poucas Santas Casas de Misericórdia<sup>21</sup>, que, segundo Prado Júnior (2008), constituíam-se praticamente na única instituição de certo vulto do Brasil colônia. Na realidade, o objetivo central da administração colonial era fiscal: arrecadação e transferência de rendimentos para a metrópole. Tudo o mais era menosprezado. É a “mercantilização brutal

---

<sup>21</sup> A primeira Santa Casa do Brasil foi fundada por Brás Cubas, em Santos, em 1543 (FAUSTO, 1995).

dos objetivos da colonização”, que deixa como lastro um “oceano de necessidades não atendidas e de que ninguém se preocupava” (PRADO JÚNIOR, 2008a, p. 335 e 336).

Com a migração forçada da Corte portuguesa para o Brasil, em 1808, pela primeira vez os tradicionais modelos coloniais viram-se ameaçados. Alguns centros urbanos se desenvolveram, o que, apesar de não ameaçar a hegemonia da tradição, permitiu a abertura de novos horizontes para a colônia. Nesse ano, foi fundada a primeira escola de medicina do Brasil, na Bahia, e, em seguida outra, no Rio de Janeiro. Entretanto, é só com a Abolição da escravatura que irá se iniciar uma nova etapa na história brasileira.

## **2.1 Desenvolvimento do capitalismo no Brasil**

Fernandes (1975) identifica quatro fatores histórico-sociais importantes para a consolidação da economia de mercado no Brasil: um processo político – a Independência – denominado por Carvalho (2009) de “independência negociada”; dois tipos humanos – o fazendeiro de café e o imigrante da primeira leva chegada ao país – figuras centrais nessa transformação, os embriões da burguesia local; um processo econômico – mudança no padrão de relação dos capitais internacionais, com a organização da economia interna; e um processo sócioeconômico – a universalização da ordem social competitiva.

A Independência foi precipitada pela transferência da Corte para o Brasil e contou com o empenho das elites locais em torno de seus objetivos de internalização dos centros de poder e dos círculos sociais. Esse processo apresentou dois elementos contraditórios: um revolucionário, a eliminação dos caracteres de dependência herdados da sociedade colonial; outro conservador, preservação da ordem social voltada para a exploração produtiva, com a manutenção da estrutura colonial – a escravidão, a extrema concentração de renda e o monopólio do poder pelas elites. Com a organização do Estado nacional, uma parcela crescente dos senhores rurais é levada ao ambiente econômico e político das cidades. Assim, foram solapadas as bases da dominação patrimonialista e ocorreu a derradeira desagregação do sistema colonial. O estatuto colonial foi superado; porém, o seu “substrato material, social e moral iria perpetuar-se e servir de suporte à construção de uma sociedade nacional” (FERNANDES, 1975, p. 33)

O liberalismo era funcional às elites nativas e foi absorvido, nesse período, segundo duas vertentes distintas: uma que o associava à “emancipação colonial” – as elites se sentiam espoliadas pela apropriação colonial – mas, que servia também para tornar aceitável a manutenção das relações de dependência que caracterizavam a vinculação do

Brasil com o mercado externo; e a outra, associava o liberalismo à construção de um Estado nacional, considerado pelas elites nativas meio e fim, nessa transição, para a defesa de seus interesses. Assim, o liberalismo representou, principalmente, uma ideologia da emancipação dos senhores locais da ‘tutela colonial’ e apenas, de forma secundária, uma ideologia de ‘emancipação nacional’ (FERNANDES, 1975).

O nascimento do Estado nacional não representou, portanto, nenhuma mudança na organização das relações de produção. Os interesses da lavoura ganham novas formas de incentivo e proteção, pois libertos dos entraves coloniais, deslocaram para dentro o fluxo da renda, favorecendo as elites coloniais, intensificando a concentração social da renda. O Estado envolveu-se diretamente na proteção dos interesses econômicos senhoriais; seguindo os princípios do liberalismo econômico, fortaleceu a iniciativa privada, assumindo encargos importantes para a manutenção da força de trabalho (criação de serviços públicos, implementação dos meios de comunicação e transporte, etc.), objetivando a expansão da economia de mercado.

Entre as conclusões de Fernandes (1975) sobre o período da Independência e da construção do Estado nacional, destaca-se o seguinte: não ocorreu mudança na organização das relações de produção – a criação do Estado nacional foi um fenômeno essencialmente político; o mercado externo foi favorável à extinção do estatuto colonial, pois esse onerava desnecessariamente os produtos tropicais, porém isso se deu de forma a favorecer o desenvolvimento do chamado neocolonialismo<sup>22</sup>; a autonomia política e a burocratização da dominação patrimonialista imprimiram à produção e à exportação a função social de “acumulação estamental de capital”<sup>23</sup>, além de contribuir para o surgimento de novos papéis políticos, econômicos e sociais das camadas senhoriais, constituindo-se, dessa forma, em condição essencial para o desenvolvimento do capitalismo no país (FERNANDES, 1975).

Os freios para o desenvolvimento de um novo sistema foram eliminados apenas com a Abolição, que substituiu os domínios rurais pelos centros urbanos como eixo do novo sistema. O fim do escravismo representa o marco divisor de duas etapas da nossa história. Essa mudança coincide com a substituição da lavoura de açúcar, durante a

---

<sup>22</sup> Neocolonialismo é a designação adotada por Fernandes (2009) para o tipo de dominação externa que se sucedeu ao fim do sistema colonial, no final do século XVIII até meados do século XIX, quando as nações europeias, principalmente a Inglaterra, mais interessadas no comércio que na produção, ocuparam o espaço deixado pela desagregação colonial, mas sem exercer diretamente o “poder imperial”.

<sup>23</sup> Fernandes (1975) considera que a acumulação estamental de capital condiciona as fases incipientes de formação do capitalismo, como ocorreu em outras sociedades estamentais, em particular, na história da aristocracia agrária europeia.

primeira metade do século XIX, pela de café. Os cafezais do oeste paulista rompem com o modelo clássico da lavoura canavieira e do “engenho” de açúcar. A terra deixa de ser um pequeno mundo para ser a fonte de renda e riqueza de seus proprietários, que passam a viver nas cidades. Em substituição ao trabalho escravo, surge o trabalho livre. Essa foi talvez a única “revolução” que o país assistiu (HOLANDA, 2002).

A eliminação do escravismo foi um processo revelador da estratégia de “é melhor ceder os anéis para não perder os dedos”, muitas vezes adotada pelas elites nacionais. Os fazendeiros “homens de negócios” assumiram a condução do movimento abolicionista, esvaziando-o de todo conteúdo social e político que poderia representar dano aos seus interesses. Foi uma revolução de brancos para brancos. Por isso, o escravo liberto sofre sua mais uma espoliação, colocado à margem sem nenhuma preocupação com sua condição e seu futuro. Por outro lado, a grande lavoura teve garantidas as condições para a substituição do trabalho escravo e para ocupar lugar dominante na nova ordem econômica que nascia (FERNANDES, 1975).

Fica assim evidente outro elemento significativo da nossa história: o caráter elitista das mudanças que se sucederam, geralmente produto de articulações de cima para baixo, excluindo a massa do povo de qualquer participação. Foi assim com a Independência, a Abolição da escravatura e a Proclamação da República, essa última, segundo Prado Júnior (2008b), não passou de um golpe militar, do qual participaram reduzidos grupos civis e sem nenhuma participação popular, resultando em sucessivos governos militares nos primeiros anos da República. A democracia liberal foi moldada segundo os interesses e privilégios da aristocracia rural (HOLANDA, 2002).

Não que não tenha havido movimentos dos “de baixo”, ocorre que esses foram sempre duramente reprimidos. No período colonial, destacam-se as revoltas dos escravos, sendo a mais importante a de Palmares, esmagada por particulares pagos pelo governo, como ocorreu com a revolta dos índios tupinambás, que instituíram a chamada Confederação dos Tamoios. No período da Regência, algumas revoltas que ocorreram na área rural tiveram caráter popular, apesar de nem sempre apresentarem reivindicações claras e progressistas, como a dos Cabanos (fronteira entre Pernambuco e Alagoas), em 1832 a 1835, que queria a volta de D. Pedro I; a Balaiada (Maranhão), de 1838 a 1840; a Cabanagem (Pará), de 1835 a 1840, a mais sangrenta da história do Brasil, com mais de 30 mil mortos, chegou a dominar a capital da província; e, por último, a revolta dos escravos malês (Bahia), que lutaram por liberdade civil e religiosa, em 1835. Houve, ainda, duas revoltas messiânicas também duramente reprimidas, a de Canudos (Bahia), entre 1896 e

1897, e a do Contestado (fronteira entre Paraná e Santa Catarina), entre 1912 e 1916 (CARVALHO, 2009).

As marcas mais profundas do sistema colonial foram deixadas no trabalho. O trabalho manual carregava um estigma, quase tão degradante quanto a da raça (FERNANDES, 1975). No período colonial, ocorreu uma degradação extrema do trabalho manual, associado à perda da dignidade social e da liberdade. A escravidão bloqueava a mercantilização do trabalho, pois o que se definia como mercadoria era o próprio escravo e não a sua força de trabalho. A supressão desse tipo de exploração permitiria a expansão de um autêntico mercado de trabalho, composto por homens livres para vender sua força de trabalho – um dos pilares do capitalismo.

O trabalho livre surge, assim, nos marcos da ordem social escravocrata e senhorial, articulado ao mandonismo, paternalismo e conformismo, impostos pela sociedade, como se o trabalho livre fosse apenas um desdobramento, um prolongamento do trabalho escravo. A expansão do trabalho livre, necessária à configuração do mercado interno capitalista ocorreu como parte do processo de incorporação do país ao mercado mundial, por meio da imigração estrangeira e da implantação de ‘núcleos de colonização’, cujo objetivo era aumentar a eficácia e a produtividade do trabalho. O trabalho assalariado, como o trabalho escravo, configurou-se como puro instrumento de exploração econômica e de acumulação intensiva de capital (FERNANDES, 1975).

## **2.2 Questão social – caso de polícia**

Apesar das primeiras iniciativas legais sobre acidente de trabalho sob a forma de seguro, não se pode falar em direitos sociais no Brasil, na Primeira República, pois os benefícios eram oferecidos aos mais pobres por meio das irmandades religiosas e das sociedades de auxílio mútuo, antecessoras dos sindicatos, que ofereciam benefícios proporcionais às contribuições, como tratamento de saúde, auxílio funerário, empréstimos, etc. Predominava o liberalismo, segundo o qual, não cabe ao Estado oferecer serviços sociais e a própria Constituição proibia a interferência na regulamentação do trabalho. A participação do governo nas relações capital trabalho se dava por meio do uso da polícia para garantir os interesses dos patrões (CARVALHO, 2009).

Durante o século XIX, predominou a medicina voltada para o espaço urbano, com o cuidado com a água e o ar ocupando o centro das ações. Era a época da crença nos miasmas como origem das doenças. Praticamente não existiam serviços de saúde, a

população não assistida pelas irmandades dispunha apenas dos poucos “médicos existentes, ou de cirurgiões, barbeiros, sangradores, empíricos, curandeiros, parteiras e curiosas” (COSTA, 1986, p. 34). Em 1889, a parcela do orçamento público destinada à saúde (serviços de higiene, controle de portos, asilos e hospitais) era de menos de 1%, enquanto as estradas de ferro e os ministérios da Guerra e Marinha recebiam 35% e 19,6%, respectivamente. No final do século XIX, a varíola, a febre amarela e a tuberculose eram as doenças mais prevalentes (COSTA, 1986).

A saúde pública foi também chamada a atuar para garantir condições favoráveis à produção capitalista. A organização sanitária visava a enfrentar os principais problemas que ameaçavam a força de trabalho e, também, as classes dominantes: a varíola, a peste e a febre amarela. A microbiologia e a bacteriologia, recém-descobertas, foram usadas nessa batalha. Em 1892, foram criados os primeiros laboratórios de saúde pública e um serviço sanitário no estado de São Paulo. Em 1889, com a epidemia de peste, em Santos, principal porto para entrada de imigrantes e exportação de mercadorias, fabricaram-se soros e vacinas contra a doença e desenvolveu-se uma política de saneamento, contribuindo para a eliminação do mosquito transmissor da febre amarela (COSTA, 1986). Em decorrência, foram criadas, em 1900, as duas principais instituições de pesquisa biomédica e saúde pública do país: o Instituto Soroterápico Federal (que passou a se denominar Instituto Oswaldo Cruz, em 1908, e Fundação Oswaldo Cruz, em 1970), no Rio de Janeiro, e o Instituto Butantan, em São Paulo, locais de formação de médicos segundo a concepção bacteriológica, que iriam exercer influência importante na história da saúde pública.

Foi ainda em 1889, com a epidemia de peste no Rio de Janeiro, capital da República recém-criada, que se iniciou a organização de instituições de saúde para combater as doenças que ameaçavam os interesses agroexportadores. A legislação daquele ano, apesar de se referir a todo o território, na prática restringia-se à capital. Foram instituídos serviços de polícia sanitária, notificação compulsória de doenças transmissíveis e vacinação obrigatória contra a varíola. Em 1890, foi constituído o Conselho de Saúde Pública, cuja legislação visava, principalmente, a garantir condições sanitárias nos portos nacionais e enquadrar o espaço urbano à higiene e controle das doenças. As habitações populares passaram a ser tratadas como verdadeira ameaça à saúde pública (COSTA, 1986).

Foi com a emergência das campanhas sanitárias deflagradas por Oswaldo Cruz, na direção da Diretoria Geral de Saúde Pública, a partir de 1903, que se concretiza, no Brasil, a concepção de “polícia sanitária”, centrada no controle de vetores e na restrição à

mobilidade dos doentes. Com uma organização de caráter militar, composta de “brigadas de mata-mosquitos, polícia e delegacia sanitárias”, invadindo domicílios à revelia de seus moradores, destruindo moradias, principalmente as mais pobres, confinando enfermos, a saúde pública buscou criar uma infraestrutura urbana favorável à acumulação (COSTA, 1986, p. 51). Terminada a campanha contra a febre amarela, em 1903, com forte resistência popular, é iniciado o combate à peste, também dirigido à parte mais pobre da cidade, onde, devido às condições precárias, encontrava-se maior infestação de ratos, os transmissores da doença. Em seguida, viria a campanha contra a varíola.

Em 1904, ocorre no Rio de Janeiro, uma das maiores revoltas populares da época. A população reagiu negativamente à lei que tornava obrigatória a vacinação contra a varíola, inconformada com a forma autoritária como vinha sendo tratada no desenvolvimento de projetos de urbanização, saneamento e intervenções sanitárias, com derrubada de casas e demolição de cortiços, com os pobres sendo retirados do centro da cidade (de certa forma como ocorre atualmente com as obras de preparação para a realização de grandes eventos esportivos). A cidade foi tomada por multidões furiosas que se rebelaram contra os serviços públicos, as autoridades sanitárias e a polícia. Foi preciso decretar estado de sítio e mobilizar tropas de outras regiões para conter as manifestações (CARVALHO, 2009).

Ao lado dessa intervenção policial nas condições de vida das pessoas pobres, verificou-se a omissão do Estado frente às reivindicações de saúde da classe trabalhadora, particularmente em relação à tuberculose, responsável pela elevada mortalidade dos operários. Oswaldo Cruz, ao constatar a relação da tuberculose com as condições precárias de moradia e alimentação e com a carga excessiva de trabalho, apresentou medidas para melhorar as habitações, garantir alimentação adequada e proteção ao trabalho (proibição do trabalho infantil e redução da jornada exaustiva, causadora de danos físicos e mentais). Entretanto, como essa doença só atingia as camadas populares e seu controle implicava interferência do Estado nas relações de produção, o que não interessava, elas não foram implementadas, evidenciando a subordinação da saúde pública aos interesses das classes dominantes (COSTA, 1986).

O desenvolvimento do capitalismo no Brasil pode ser dividido em três etapas: a primeira, de eclosão do mercado capitalista moderno, corresponde ao chamado neocolonialismo, vai da abertura dos portos (1808) até meados do século XIX; a segunda, de formação e expansão do capitalismo competitivo, de diferenciação do mercado, compreende o período de consolidação da economia urbano-comercial e a primeira

transição industrial importante, e vai das últimas décadas do século XIX até a década de 1950; a terceira etapa, de irrupção do capitalismo monopolista, caracteriza-se pela reorganização do sistema de produção, por meio do desenvolvimento de operações comerciais, financeiras e industriais da “grande corporação”, inicia-se no final da década de 1950, adquirindo caráter estrutural no período da ditadura militar (FERNANDES, 1975).

A incorporação dos países da América Latina e do Brasil, em particular, ao mercado capitalista deu-se com a marca da dependência em relação às economias hegemônicas. As influências externas dominaram todas as esferas da vida desses países, da economia à cultura. Na era do imperialismo, “as economias emergentes foram transformadas em mercadorias, negociadas à distância, sob condições seguras e ultralucrativas” (FERNANDES, 2009, p. 26). Esse tipo de dominação aparece claramente tanto na imposição do padrão de produção de matérias-primas de bens primários, como no fracasso do “modelo” de desenvolvimento, uma vez que as economias centrais sempre objetivaram a transferência dos excedentes econômicos para os seus países. O mercado interno associou-se à importação de bens e serviços. Assim, a “idade de ouro” do capitalismo foi de ouro apenas para os países europeus e para os EUA.

Com o início da industrialização, surgem as formas mais elementares de produção capitalista, vários artigos de consumo passaram a ser produzidos internamente, contribuindo para um processo de urbanização crescente. A partir do final do século XIX até à crise de 1929, ocorre a substituição da produção artesanal pela industrialização sistemática. Esse processo se dá, mais uma vez, sob a égide da submissão das classes dominantes locais aos interesses capitalistas externos, mantendo um setor agrário arcaico, funcional à acumulação originária de capital e aprofundando a articulação dependente às economias centrais. Entretanto, com a emergência do mercado capitalista e de uma nova formação societária irrompe na cena histórica um novo ator, a classe operária, com as primeiras greves e mobilizações contra os excessos da exploração (FERNANDES, 1975).

Esse movimento aparece com mais força em São Paulo e no Rio de Janeiro, onde emergiu a industrialização. Em 1907, os sindicatos foram reconhecidos, um ano após os sindicatos rurais. A influência do movimento anarquista, trazido pelos imigrantes, levou à organização de greves, culminando, em 1917, em São Paulo, com uma grande greve geral, um marco nesse período de intensa mobilização social. Em 1922, foi fundado o Partido Comunista Brasileiro (PCB), que passaria a disputar com os anarquistas a direção do movimento operário. O governo e os patrões reprimiram com mãos de ferro essas lutas,



sendo aprovada uma lei que permitia expulsar estrangeiros, acusados de anarquismo. Os operários reivindicavam direitos básicos: direito de organização, direito de greve e uma legislação trabalhista que reduzisse a jornada de trabalho, garantisse férias, descanso semanal, seguro acidente de trabalho e aposentadoria (CARVALHO, 2009).

A Primeira Guerra Mundial produziu significativas repercussões na sociedade brasileira. Se de um lado, ocorreu redução da importação de produtos manufaturados a partir do envolvimento das grandes potências europeias no conflito e, com isso, um estímulo ao desenvolvimento da industrialização brasileira, por outro, as classes populares sofreram com o desemprego, a redução de salários e a perda das poucas conquistas. O custo de vida aumentou e, junto com a escassez de gêneros no mercado, levou grande parte da população ao pauperismo extremo (PRADO Jr, 2008b; COSTA, 1986). Para agravar esse contexto, no final de 1918, desencadeia-se no Rio de Janeiro e em São Paulo, a epidemia de Gripe Espanhola, oriunda da Europa, a mais virulenta até então, matando, em apenas dois meses, milhares de pessoas, nas duas cidades.

A Gripe atingiu tal proporção que praticamente paralisou a cidade do Rio de Janeiro, incluindo as atividades urbanas e fabris. A quase totalidade da classe operária foi acometida pela doença, os bairros pobres foram os mais atingidos, com o número de mortes chegando a 500 em um único dia. A falta de alimentos e a fome, junto com a insuficiência de serviços médicos, agravaram o quadro. O governo proibiu a imprensa de divulgar números reais da tragédia e organizou postos médicos e um hospital provisório para atender os que não dispunham de recursos para pagar a assistência. Com o declínio da epidemia, o Estado fecha os hospitais e postos de saúde criados para enfrentar o problema. Essa epidemia pôs a nu a fragilidade do sistema sanitário existente para defender da saúde da população e influenciou a criação de uma organização sanitária nacional (COSTA, 1986).

No pós-primeira guerra ocorre também a expansão das indústrias subsidiárias de empresas estrangeiras, particularmente norte-americanas, filiais das chamadas multinacionais, que se instalam no país para contornar o problema das tarifas alfandegárias, aproveitando a mão de obra mais barata. Os campos principais de sua atuação naquele momento são: veículos motores, produtos farmacêuticos e químicos, aparelhamento elétrico e alimentação. Após a Segunda Guerra Mundial, essas empresas serão ainda mais beneficiadas, com “excepcionais favores”, para que aqui se instalem. Prado Júnior (2008b) destaca a enorme presença do capital financeiro internacional desde meado do século XIX, em praticamente tudo o que foi feito envolvendo empresas de

serviço público: estradas de ferro, serviços e melhoramentos urbanos, instalações portuárias, energia elétrica, transportes coletivos urbanos, telefone, gás, esgotos e água.

A década de 1920 representará um momento de crise do padrão exportador e do próprio Estado. Chega ao fim a primeira fase de acumulação capitalista centrada na economia cafeeira, com a aceleração da industrialização e da urbanização, tendo como pano de fundo a crise política da Velha República. O país ainda era predominantemente rural e contava com um contingente de analfabetos estimado em 70%, segundo censo de 1920. Analfabeto e doente é o Brasil dos primeiros anos do século XX, quando as primeiras manifestações operárias urbanas, fazem emergir o conflito capital/trabalho e, com ele, a questão social (LIMA, FONSECA & HOCHMAN, 2005). A partir daí, o enfrentamento da questão social, vista como “caso de polícia”, começa a adquirir, pelo menos no nível do discurso, contornos de atribuição do Estado nacional. Iniciam-se tentativas se estender os serviços de saúde pública para todo o país, apontando na direção da centralização e da transformação da saúde em questão nacional (BRAGA & PAULA, 1986).

Com a mudança nas relações de produção e o crescimento do trabalho assalariado, apoiado pela imigração, a necessidade de reprodução da força de trabalho impõe o desenvolvimento de políticas com esse fim. Em 1919, legislação reconhece a responsabilidade dos empresários pelos acidentes de trabalho. Em 1923, a Lei Eloy Chaves instituiu as primeiras Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP)s para os ferroviários e marítimos, categorias estratégicas no processo de produção e circulação de mercadorias da economia cafeeira exportadora. A partir daí, houve uma multiplicação das Caixas, atingindo o número de 47, com 8 mil operários contribuintes, no final da Primeira República (CARVALHO, 2009). As CAPs constituem-se na base da previdência social brasileira, inspiradas no modelo bismarckiano de seguro social, que associa os benefícios à contribuição prévia, relacionada ao trabalho. Essa iniciativa irá determinar a conformação da política social em todo o período subsequente.

Em 1920, ocorreu a primeira tentativa de criar uma instituição sanitária de âmbito nacional, o Departamento Nacional de Saúde, resultado da busca de racionalização sanitária pelo Estado, das mudanças políticas no pensamento médico-sanitário e da pressão que a questão social passou a exercer no final dos anos 1910 (COSTA, 1986). Entre essas pressões, destacam-se as mobilizações dos trabalhadores no plano nacional e a força do movimento operário internacional, cuja expressão maior foi a Revolução Russa de 1917. A partir dessa iniciativa, ocorrem alguns avanços: criação de serviços de profilaxia rural,

controle sobre a qualidade de gêneros alimentícios, vigilância sobre as condições de trabalho de crianças e mulheres e, ações de controle da febre amarela, por meio de convênio com a Fundação Rockefeller. Sobre isso, duas questões merecem destaque.

A primeira é que a legislação sobre condições de trabalho de crianças e mulheres constituiu-se numa das primeiras conquistas sociais dos trabalhadores, junto com a lei sobre acidentes de trabalho de 1919. Representaram a incorporação das reivindicações operárias pelo Estado, mesmo que de forma limitada, como consequência das fortes mobilizações na época.

A segunda questão que chama a atenção é a participação da Fundação Rockefeller em ações sanitárias no Brasil, desde 1916, particularmente, no controle da febre amarela, que provocou, em 1918, o segundo mais grave problema de saúde de pública, desde a epidemia de Gripe Espanhola. A economia norte-americana em ascensão operou a chamada “conexão internacional”, favorecida pela criação da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), em 1902, que viabilizou a adoção pelos EUA de medidas relativas ao saneamento marítimo, ficando o saneamento terrestre a cargo de empresas industriais-financeiras, como a Fundação Rockefeller (IYDA, 1994). A presença dessa Fundação em campanhas de controle de doenças, no plano internacional, visava à defesa dos interesses econômicos do capitalismo norte-americano, no sentido de criar condições políticas e sanitárias para os investimentos de capital, favorecendo empresas norte-americanas, em uma etapa de competição imperialista acirrada (COSTA, 1986). Entretanto, não havia contradição entre o modelo adotado pela Fundação para o controle da febre amarela e o modelo introduzido por Oswaldo Cruz: “organização sanitária em bases paramilitares com a exclusiva tarefa de exterminar o vetor (mosquito) de transmissão da doença” (COSTA, 1986, p. 115). Sem alterar as condições de vida.

Para os objetivos deste estudo importa ainda destacar o papel desempenhado pela Fundação Rockefeller na organização dos serviços de saúde no nível local. Desde 1917, a instituição americana passou a desenvolver programas de controle de ancilostomíase nos municípios, estruturando serviços voltados à realização de ações sanitárias duradouras. A Fundação propôs a criação de “Postos Sanitários Permanentes”, constituídos pelos seguintes serviços: educação sanitária, saneamento (instalação de fossas e latrinas), laboratório (exames de fezes, urina, sangue e escarro), dispensário (tratamento de parasitas intestinais) e vacinação (varíola e febre tifoide). Entretanto, a influência maior da Fundação se deu com a proposta de organização dos centros de saúde (COSTA, 1986). Mais adiante trataremos com mais detalhe dessa questão.

Em todo o período inicial da incorporação pelo Estado das práticas de saúde, desde o começo da República, a questão principal a ser enfrentada era as epidemias de doenças transmissíveis. As principais formas de ação, conforme registramos, foram o saneamento ambiental, as campanhas sanitárias e a atuação da polícia sanitária. Essas medidas foram adotadas em função das repercussões dessas doenças no processo de produção agroexportador, pois as epidemias dificultaram a vinda de imigrantes para o Brasil, na época dependente dessa mão de obra. A partir da década de 1920, o modelo norte-americano de ações médico-sanitárias – centros de saúde e postos permanentes – começa a ser implementado nas principais cidades, particularmente, em São Paulo. Entretanto, no final da década, com o avanço da urbanização e da industrialização, esses serviços sanitários tornam-se insuficientes e, com a ascensão da assistência médica individual, deixam de ser a principal forma de realização das práticas de saúde (MERHY, 1985).

### **2.3 Particularidades na origem da política social no Brasil**

O ano de 1930 representa um novo divisor de águas na história do país. Entra em crise o acordo político que existia entre as oligarquias regionais que se revezavam no governo. Fatores externos contribuíram para isso: a Primeira Guerra Mundial, a Revolução russa de 1917 e a crise de 1929, a mais grave do capitalismo até então. Além das revoltas operárias, surgem também as rebeliões militares, o chamado tenentismo, e a coluna Prestes. Nesse quadro de crise, o denominado federalismo oligárquico passa a ser o centro das críticas. Pela primeira vez numa eleição presidencial, as duas principais forças políticas (São Paulo e Minas Gerais) encontravam-se em campos opostos. Após uma eleição fraudada, uma aliança entre dissidências oligárquicas e militares dá um golpe e, sem grandes resistências, empossa o candidato derrotado. É a chamada Revolução de 30 e o fim da Primeira República.

A Revolução de 30 marcou a chegada ao poder político de novos grupos oligárquicos, somados a setores da nascente burguesia industrial, encabeçados por Getúlio Vargas. Apesar de sua agenda modernizadora da reorganização do Estado e do desenvolvimento industrial, não se pode considerar que se trata da revolução burguesa brasileira. O arranjo de forças que sustentou a “revolução” entra em crise com a radicalização de posições à esquerda, com a Intentona Comunista de 1935 e, à direita, com o crescimento do integralismo, levando à ditadura do Estado Novo.

Com a Revolução de 30, inicia-se o desenvolvimento da política social no Brasil, com uma característica que marcará a sua evolução: a expansão dos direitos em contextos de regimes autoritários e com baixa ou nenhuma participação social. Vejamos. A partir de 1932, seguiram-se várias iniciativas: jornada de trabalho de 8 horas, proibição do trabalho noturno para mulheres, regulamentação do trabalho infantil, criação da carteira de trabalho, reconhecimento das convenções coletivas de trabalho e regulamentação do direito de férias para as principais categorias, entre outras.

A Constituição de 1934 reiterou a redução da jornada de trabalho, instituiu o salário mínimo (só efetivado em 1940), e criou a Justiça do Trabalho. Em 1943, foi aprovada a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), inspirada na *Carta del Lavoro*, a lei sindical do fascismo italiano. Instituiu-se um controle rigoroso do Estado sobre as organizações sindicais, que passaram a conviver com a intervenção direta do governo no seu funcionamento, culminando com a instituição do imposto sindical, em 1940, na vigência do Estado Novo, importante forma de cooptação e de acomodação (peleguismo) das lideranças sindicais. Com o atrelamento total ao Estado das entidades representativas dos operários, exercia-se controle político e econômico da classe trabalhadora.

No campo da Previdência Social, ocorre uma importante inovação: a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP)s, organizados por empresas (e não por categorias como as CAPs) e vinculados ao governo. Houve uma expansão significativa desses institutos, incluindo quase todos os trabalhadores urbanos, ao final de cinco anos (1938). Os benefícios variavam entre os IAPs, os mais ricos (bancários), além da aposentadoria por invalidez e pensão para dependentes, que todos garantiam, ofereciam aposentadoria por tempo de trabalho, auxílio médico-hospitalar, auxílios em caso de doença, parto e morte. Entretanto, apesar desses avanços, havia lacunas importantes, o sistema excluía os trabalhadores rurais, os domésticos e os autônomos. Como os trabalhadores rurais ainda eram maioria, configurou-se um tipo de política social que funcionava mais como privilégio do que como direito (CARVALHO, 2009). A assistência médica era garantida apenas aos trabalhadores urbanos com forte peso na economia.

Na área da saúde, como a Revolução de 30 destruiu o “excesso” de federalismo e reduziu a autonomia dos estados, ocorreu um processo de centralização, possibilitando a emergência de uma política nacional de saúde, mesmo que ainda restrita, e a estruturação de instituições para a sua implementação. Em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde (MES), com um Departamento para cada área de atuação. Enquanto a saúde pública estava vinculada ao MES, a assistência médica individual estruturava-se no Ministério do

Trabalho Indústria e Comércio (MTIC). Essa separação é o arcabouço que caracteriza a diferenciação prevalente no reconhecimento dos direitos sociais. De um lado, o direito à assistência médica dos inseridos no mercado formal de trabalho, de outro, as ações de saúde pública para aqueles considerados pré-cidadãos: os pobres, os desempregados, os que exerciam atividades informais, ou seja, todos os que não podiam utilizar os serviços dos IAPs (LIMA, FONSECA & HOCHMAN, 2005)

Em 1934, sinalizando, mesmo que apenas no discurso, a incorporação da assistência médica, o órgão responsável pela saúde passa a se chamar Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social. Entretanto, as campanhas sanitárias, a marca do processo de centralização da política de saúde em todo o período anterior, são retomadas a partir de 1935. Em 1937, são criados o Serviço Nacional de Febre Amarela, o primeiro de dimensão nacional, e o Serviço de Malária do Nordeste, ambos em convênio com a, sempre presente, Fundação Rockefeller (BRAGA & PAULA, 1986). Essa se configura em outra das vertentes do modelo sanitário da época: a estruturação de programas e serviços especializados, verticais, destinados a doenças específicas, o que vai contribuir por muito tempo para a fragmentação das ações de saúde.

## **2.4 Primeiras experiências de atenção primária à saúde**

A partir de 1938, no contexto do processo de centralização e burocratização do Estado nacional, a gestão federal desenvolve um intenso trabalho normativo com elaboração de leis, regulamentos e códigos sanitários. Entre esses, destacam-se as normas para a organização estadual de saúde pública, destinada a todo o país, incluindo a implementação de um sistema distrital de serviços de saúde, composto por unidades de assistência médica e unidades sanitárias, esses últimos, os denominados centros de saúde e postos de higiene. Nessa normatização, aos centros de saúde caberiam:

atividades de controle de doenças transmissíveis agudas, da tuberculose, da lepra, das doenças venéreas, de proteção médico-sanitária das habitações, da higiene, do trabalho e da alimentação, e exames periódicos de saúde, destinando-se, para tal, no mínimo 5 médicos e 5 enfermeiras ou visitadoras (IYDA, 1994, p. 66).

Essas unidades de saúde concentravam-se, portanto, nas tradicionais ações de saúde pública, deixando a assistência médica para serviços específicos. Os postos executavam as mesmas atividades, porém, em escala menor, pois contavam com menos pessoal de saúde. Havia postos de primeira e de segunda classe, ambos contando com

médico, visitadora, escrevente-microscopista, guarda ou inspetor sanitário e servente. Se o posto não possuísse visitadora era classificado como subposto. Havia, ainda, postos especializados, que realizavam atividades voltadas para determinadas doenças (bouba, tracoma, etc.) e os postos itinerantes, que funcionavam de forma móvel em território definido (IYDA, 1994).

Para uma compreensão melhor da distribuição desses serviços no Brasil, retomamos alguns dados apresentados por Iyda (1994) para o ano de 1941. Havia um total de 578 unidades sanitárias, a maioria subpostos (304), em segundo lugar, os postos de higiene de segunda classe (140) e, em terceiro, os centros de saúde e os postos de primeira classe, cada um com 54 unidades. Além da precariedade da maioria dos serviços – apenas uma pequena parte dispunha de uma estrutura adequada –, é flagrante a desigualdade regional. Enquanto estados como São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia e Pernambuco contavam com 94, 62, 62 e 55 serviços, respectivamente, outros como Amazonas, Rio Grande do Norte e Goiás, com 3, 5 e 7, respectivamente. Quatro estados concentravam mais da metade dos centros de saúde: Distrito Federal (15), São Paulo (7), Rio Grande do Sul (5) e Pernambuco (4).

É importante salientar, também, o predomínio dos serviços hospitalares privados já no período anterior à década de 1930. Segundo os dados destacados por Iyda (1994), entre 1918 e 1930, havia apenas 87 unidades de saúde pública, enquanto o número de hospitais era de 705, sendo 76,5% privados. Mesmo com a ampliação das unidades sanitárias, a diferença aumentou, pois no período entre 1930 e 1946 foram construídos 976 hospitais, sendo 226 públicos e 750 privados. A autora considera equivocado afirmar que a rede privada se expande a partir do período militar. Na realidade, esses serviços sempre foram hegemônicos, em função dos privilégios de que dispunham por parte de todos os governos no país. A estruturação da assistência hospitalar, na primeira metade do século XX, reflete o modelo verticalizado de organização sanitária – hospitais especializados para cada programa de saúde pública. Os 1.681 hospitais eram assim classificados: 111 maternidades, 36 leprosários<sup>24</sup>, 88 manicômios e 86 sanatórios (tuberculose) (IYDA, 1994). Essa estrutura também reflete uma visão segregadora de problemas, historicamente vinculados ao preconceito e à influência de visões religiosas, como a doença mental, a tuberculose e a hanseníase.

---

<sup>24</sup> A forma como eram denominados os hospitais que atendiam pacientes com Hanseníase, por muito tempo, chamada de Lepra, uma doença carregada pelo preconceito religioso.

Iyda (1994) chama a atenção para o fato de que as ações sanitárias, apesar de predominarem em relação à assistência médica, nesse período, na verdade nunca foram prioritárias do ponto de vista da política de gastos públicos. Sua importância decorria apenas quando os problemas de saúde ameaçavam os interesses econômicos das elites dominantes. Mesmo os poucos recursos destinados à saúde pública, tinham uma parte canalizada para entidades privadas sob o rótulo de ‘Auxílios e Subvenções’, inclusive para expansão da rede hospitalar privada, que realizava assistência médica previdenciária (IYDA, 1994). Por isso, a autora questiona a separação rígida entre esses dois setores que geralmente se faz nas análises das políticas de saúde do período.

Para Braga & Paula (1986) essa baixa priorização da saúde pública, que levou os serviços sanitários a padecerem de uma carência crônica de recursos, explica-se porque

Em primeiro lugar, nesta etapa da industrialização brasileira o Estado concentrou seus recursos relativamente escassos nos requisitos básicos para o próprio avanço do processo de industrialização. E em segundo lugar, esse fenômeno explica-se pela estreiteza da base financeira do Estado, reflexo do limitado desenvolvimento industrial, mas também reflexo da ausência de suporte e pressões sociais que o levasse a uma radical reforma tributária (BRAGA & PAULA, 1986, p. 56).

O processo de industrialização concentrava a maior parte dos investimentos do Estado, deixando para as políticas de saúde uma parte insignificante de recursos, em um contexto em que a luta da classe trabalhadora enfrentava dificuldades.

A proposta de organização dos centros de saúde no Brasil, originária do modelo norte-americano, visava à instituição de uma estrutura permanente de serviços básicos de saúde, unificando as ações sanitárias no nível local, antes dispersas nos vários ambulatórios ou dispensários voltados para doenças específicas. Essas unidades teriam o papel de coordenar os demais serviços sanitários e sociais de uma região, que atuavam de forma dispersa e, deveriam ser um local de divulgação de conhecimentos e ampliação dos cuidados médicos, enfatizando a educação em saúde como forma de melhorar a saúde e a sociedade como um todo. O foco principal de ação era, portanto, a prevenção, buscando mudar comportamentos, atitudes e costumes arraigados que comprometiam a saúde (ROSEN, 1980). Assim, o processo saúde doença não se resumia à presença de micro-organismos, estava sujeito a determinações socioculturais, o que significava que apenas as campanhas sanitárias não eram suficientes para melhorar a saúde da população (BODSTEIN & FONSECA, 1989). Porém, ao centrar na mudança de comportamento individual, via ação educativa, a possibilidade de alcançar níveis melhores de saúde,



alinhava-se à visão liberal, que responsabiliza o indivíduo por problemas cujas origens eram sociais.

Entretanto, entre a concepção da proposta, já limitada por não contemplar a integração entre atividades curativas e preventivas, e a sua efetivação, muito se perdeu. A coordenação dos serviços de uma região, inclusive com a assistência social, e a mobilização da comunidade, inserida no trabalho educativo, foram aspectos abandonados na conformação que o centro de saúde acabou assumindo entre nós. A proposta previa a implantação de uma unidade para localidades entre 80 a 120 mil habitantes, mas por sua estrutura relativamente complexa para os padrões da época e diante da escassez de recursos, terminou restrita aos grandes centros urbanos. Na conformação da rede básica, acabaram predominando os postos e subpostos, unidades muito mais simples, com menor custo e baixa resolutividade dos problemas (BODSTEIN & FONSECA, 1989).

Mehry (1985) ressalta que a incorporação dos centros de saúde tendo como eixo de atuação a chamada educação sanitária, representou ideologicamente, a substituição da influência da escola francesa, cuja perspectiva bacteriologista preconizava como instrumentos básicos a polícia sanitária e o campanhismo, pela escola americana. Essa última apoiava-se no desenvolvimento de práticas médico-sanitárias, cujo eixo é a busca pela inculcação de uma consciência sanitária nos indivíduos, que se traduz na aquisição de normas de higiene individual, que serão as fontes das 'ações saudáveis' sobre o meio externo (MEHRY, 1985). Ressalte-se que essa transformação se dá sem que sejam abandonadas a organização institucional e as práticas sanitárias anteriores.

Comparando as duas estratégias de organização das práticas sanitárias, Mehry (1985) conclui que, apesar de as duas considerarem a saúde como ausência de doença, apresentam concepções distintas sobre as causas e, portanto, apontando caminhos diferentes para interferir no processo saúde-doença. Na visão bacteriológica, o agente etiológico é o determinante para a ocorrência da doença e o ambiente aparece como facilitador ou dificultador da contaminação do hospedeiro (homem); na visão médico-sanitária, o responsável é o hospedeiro, que com seu nível de consciência contribui ou dificulta o aparecimento da doença. Ambas as concepções, segundo o autor, não levam em conta a determinação das relações sociais na causalidade das doenças, transformando as diferenças decorrentes dessas relações em meros atributos do meio ou dos indivíduos.

As formas de atuação das duas correntes são, entretanto, distintas, como salienta Mehry (1985), enquanto a perspectiva bacteriológica preconiza o controle e a vigilância do meio externo, utilizando para isso meios coercitivos, a perspectiva médico-sanitária, busca

desenvolver a consciência do indivíduo, lançando mão de estratégias educativas, mas com caráter impositivo. A ênfase da segunda recai sobre a formação de uma “consciência individual” naqueles grupos mais suscetíveis de adquirir doenças transmissíveis, portanto, os setores mais empobrecidos da classe trabalhadora, aliás, o mesmo alvo da abordagem bacteriológica, que os considera mais expostos a ambientes que favorecem a propagação das doenças.

Essa mudança traduz uma tentativa de ampliar a legitimidade das ações sanitárias, visando à superação do caráter autoritário que marcou a atuação anterior, mascarando-o por meio de ações educativas,

buscando o consenso dos indivíduos para a perspectiva de que eles são os responsáveis pelo estado sanitário da coletividade e de que a adoção de um determinado tipo de comportamento implicará na sua ascensão social (MEHRY, 1985, p. 109).

Percebe-se claramente a influência do liberalismo nesse tipo de enfoque, que responsabiliza a atuação individual pela superação de condições sociais adversas. A origem da proposta não deixa dúvida quanto a isso. A Fundação Rockefeller traz para a realidade brasileira a rica experiência dos centros de saúde como unidades sociais nos EUA, descrita no Capítulo anterior, porém, na forma reduzida pela influência da hegemonia liberal na política social daquele país. Recorde-se que as empresas médicas e a categoria médica organizada articularam forte oposição a qualquer tentativa de universalização dos centros de saúde e à incorporação de atividades assistenciais curativas, consideradas campo de exploração da medicina privada.

Também no Brasil, a assistência médica permanece ausente das ações de saúde pública. Só a partir da década de 1940, com o desenvolvimento da industrialização e da urbanização acarretando o aumento da força de trabalho assalariada e o surgimento das chamadas classes médias, é que esse tipo de assistência passa a integrar os serviços das unidades sanitárias, mesmo assim, de forma restrita aos programas de saúde (IYDA, 1994). Os obstáculos à incorporação da assistência médica aos serviços de saúde pública são descritos assim:

Decorreram anos de dificuldade e incompreensões antes que fosse vitoriosa a tese que a Saúde Pública devia compreender não só os aspectos preventivos, mas igualmente os de recuperação da saúde. Grande óbice residia na doutrina sustentada, contrariamente, nos países desenvolvidos, particularmente nos Estados Unidos da América, de onde vinham os figurinos seguidos então, pura e simplesmente. A classe médica americana alinhava objeções à prática de assistência médica nas unidades sanitárias como prejudicial à livre empresa, daí advindo o critério seguido por nós! (RODRIGUES, 1967, *apud* IYDA, 1994, p. 72).

Outras limitações também contribuíram para essa situação, entre elas, o desenvolvimento precário das forças produtivas na área da saúde (dispersão populacional, ausência de produção de bens de consumo duráveis e pequeno número de profissionais formados). Esse quadro só começará a ser superado a partir da década de 1960. A incorporação da assistência médica ficará restrita, nesse momento, às áreas tradicionais da saúde pública, que se consolidam a partir do final da década de 1940, como é o caso do controle da Tuberculose, doença que acometia a classe trabalhadora, e cuja atuação estava restrita a entidades filantrópicas privadas e ao tratamento hospitalar, nos chamados sanatórios. Diante da escassez de serviços hospitalares, para fazer frente à doença, os dispensários<sup>25</sup> foram forçados progressivamente a assumir a atividade terapêutica (IYDA, 1994).

Dois elementos contribuíram para o enfraquecimento da proposta de expansão dos centros de saúde no Brasil: primeiro, a descoberta dos antibióticos e outros medicamentos modernos, no segundo pós-guerra, que acarretaram uma mudança significativa na prática médica, viabilizando uma diminuição da mortalidade por doenças infecciosas, particularmente da tuberculose, um das razões de ser dessas unidades; segundo, o crescimento da assistência médica via sistema previdenciário, constituindo-se no principal acesso dos trabalhadores aos cuidados médicos-sanitários, agravado pelo fato de os centros de saúde não desenvolverem ações curativas. Assim, os serviços básicos ficaram restritos ao atendimento de determinados problemas que acometem as populações excluídas do mercado de trabalho, perdendo força social para a sua defesa (BODSTEIN & FONSECA, 1989).

Contrariamente à descentralização da assistência médica e à sua incorporação pela saúde pública, a Constituição de 1946 enfatiza a necessidade de construção de hospitais para enfrentar os flagelos sociais, entre eles a tuberculose, apesar de a descoberta da quimioterapia sinalizar para o atendimento nos dispensários (IYDA, 1994). Esse estímulo à hospitalização, por meio da destinação de recursos públicos à contratação de leitos privados, fez com que o Brasil fosse considerado, à época, um imenso hospital. Mas, as condições do pós-guerra dificultarão a continuidade do confinamento desse grande contingente de doentes em asilos-colônia ou em colônias-modelo. O avanço da

---

<sup>25</sup> Iyda (1994) ressalta que o escasso número de dispensários existentes (no estado de São Paulo existiam apenas 27) e a limitação de suas funções à realização do diagnóstico e ao encaminhamento aos sanatórios para tratamento, deixavam clara a ênfase no tratamento hospitalar, apesar do alto custo e da baixa eficácia desse tipo de abordagem.

industrialização exigia maior circulação de mercadorias e de mão-de-obra e sua concentração nas principais cidades.

## **2.5 Processo de Industrialização Brasileira: o Estado a serviço do capital**

Os anos da Segunda Guerra Mundial representaram para a economia do Brasil, “graças às circunstâncias excepcionais da guerra”, uma fase de nítido progresso, apesar dos grandes sacrifícios, que se fizeram à custa da massa trabalhadora. A vigência do regime ditatorial, com as restrições à liberdade política, deixou os trabalhadores em condições desiguais na luta por seus direitos, facilitando um “forte acréscimo da exploração da força de trabalho e um sobrelucro apreciável que provoca intensa acumulação capitalista” (PRADO JÚNIOR, 2008b, p. 304). No pós-guerra, com o fim dessas circunstâncias especiais, agravam-se as antigas contradições da economia brasileira, aprofundando a crise do sistema, com repercussões na vida política e social do país.

No campo da saúde, durante a Guerra, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em 1942, atendendo a interesses econômicos relacionados à extração da borracha na Amazônia e do manganês no Vale do Rio Doce, matérias-primas cruciais aos esforços militares dos EUA no conflito bélico. Essa iniciativa é efetivada por meio de convênio com o governo norte-americano e, novamente, com a participação da Fundação Rockefeller, responsável pelo patrocínio técnico e financeiro. O objetivo era reverter a alta mortalidade de trabalhadores por malária e febre amarela, graves problemas para o desenvolvimento daqueles empreendimentos (BRAGA & PAULA, 1986). O SESP é a marca da política sanitária da era getulista, expandindo suas atividades para outras doenças e regiões do país e perdurando por 18 anos no formato criado e, depois, por mais 31 anos, como Fundação, na estrutura do MS. Mais adiante, analisaremos o papel do SESP na estruturação dos serviços de saúde pública no Brasil.

Em 1945, chegava ao fim a ditadura do Estado Novo. Problemas nas relações internacionais (alinhamento com o nazismo na Segunda Guerra Mundial) acarretaram rupturas políticas no interior da coalisão de forças que sustentavam o governo. As eleições para a ANC marcaram o início do primeiro período efetivamente democrático da história brasileira, apesar de o governo Dutra ter desrespeitado princípios constitucionais e direitos dos trabalhadores, procedendo a numerosas intervenções em sindicatos e ao fechamento de uma central sindical, com a justificativa da luta contra o comunismo. A Constituição de 1946 limitou o direito de greve ao adotar uma expressão genérica – “é reconhecido o

direito de greve, cujo exercício a lei regulará” –, relegando sua garantia a uma regulamentação, realizada por um decreto do governo que considerou essenciais quase todos os setores, limitando, na prática, o direito de greve. Assim, em relação aos direitos dos trabalhadores, a democratização ficou no meio do caminho. Nesse período, o PCB voltou à ilegalidade (FAUSTO, 1995). Entretanto, foi no governo Dutra que as ações de saúde alcançaram uma legitimação, pelo menos retórica, como instrumento de política nacional (BRAGA & PAULA, 1986). O Plano SALTE (saúde, alimentação, transporte e energia), lançado em 1948, apesar dos ambiciosos objetivos em termos de desenvolvimento, não alcançou os resultados esperados. Na saúde, esses se reduzem à construção de dois hospitais e ao reforço na campanha contra a malária.

Nos anos 1950, o governo Vargas, empossado em 1951, lança um programa de estímulo à atividade industrial, com a abertura da economia para a importação de equipamentos industriais, matérias-primas e semiprocessadas, mas, como denuncia Prado Júnior (2008b), sem um plano de conjunto, pois visava apenas a favorecer os interesses financeiros privados. O governo favorece o desenvolvimento de empreendimentos estrangeiros no país, o que coincide com o processo de trustificação da economia capitalista, impulsionando a busca de novas conquistas em países como o Brasil. O efeito dessa política é a subordinação cada vez maior da economia brasileira às grandes organizações financeiras internacionais, reduzindo a indústria local à posição de meras filiais e subsidiárias de grandes empresas imperialistas (PRADO JÚNIOR, 2008b).

Prado Júnior (2008b) ressalta a importância do Estado para o desenvolvimento da indústria no Brasil, o que, para ele, revela a improcedência da ideia de que o Estado é incapaz de gerir atividades econômicas, e conclui que a iniciativa estatal constituiu-se em elemento insubstituível na estruturação da economia do país (PRADO JÚNIOR, 2008b). Como exemplos, destacam-se a criação da *Companhia Siderúrgica Nacional* (1941) e a instituição do monopólio estatal do petróleo (1953), culminando com a criação da *Petrobras*, após longa batalha. Entretanto, a participação do Estado na atividade econômica é duramente combatida pelos interesses financeiros privados ligados ao imperialismo, levando a iniciativa estatal a se voltar muito mais para esses interesses.

Nesse contexto, a criação do MS, em 1953, revela aspectos contraditórios, pois se de um lado, expressa certo reconhecimento da importância das ações de saúde pública, por outro, deixa claro a pouca prioridade dada à saúde na política geral do governo, uma vez que o Ministério, apesar de ampliar o elenco de doenças sob sua responsabilidade, recebe a fatia menor da divisão do antigo MES, apenas um terço do orçamento (BRAGA &

PAULA, 1986). Nesse ano, ocorreu a retomada de grandes mobilizações da classe trabalhadora, decorrente da elevação do custo de vida, com destaque para a chamada “greve dos 300 mil”, que durou 24 dias, desafiando a decretação de sua ilegalidade, e representando uma derrota para o getulismo em São Paulo (FAUSTO, 1995).

O governo Juscelino Kubitschek (JK), uma das vertentes do getulismo, teve como eixo da política econômica o nacional-desenvolvimentismo, conceituado por Gonçalves (2012) como um projeto de desenvolvimento econômico assentado no trinômio: industrialização substitutiva de importações, intervencionismo estatal e nacionalismo. Porém, para o autor, no Brasil e na América Latina, a questão da origem do capital, ou seja, o nacionalismo, foi retirada do trinômio. A substituição de importações, implementada com forte intervencionismo estatal, apoiou-se no capital estrangeiro. Uma evidência disso foi a forte desnacionalização da indústria de transformação no final da era desenvolvimentista (fim dos anos 1970). Por isso, o autor denomina esse modelo latino-americano de “cópia infiel”. Gonçalves (2012) considera que o neodesenvolvimentismo, que surge nos anos 2000, apresenta muitas confluências com o neoliberalismo, particularmente em relação à ênfase na estabilização macroeconômica (controle da inflação e equilíbrio fiscal), além da pouca importância dada à questão da reforma tributária e da distribuição da riqueza. O Estado tem papel complementar ao mercado. Segundo o autor, o neodesenvolvimentismo é a forma de liberalismo compatível com as políticas de estabilização macroeconômica, uma versão do que ele denomina de liberalismo enraizado. Essas questões serão abordadas no Capítulo IV.

Voltando a JK, seguindo essa versão latino-americana, o nacional-desenvolvimentismo combinava Estado, empresa privada nacional e capital internacional, para fomentar a industrialização necessária ao crescimento econômico. Assim, foram promovidas facilidades consideráveis para atrair capital estrangeiro. Um exemplo disso foi o boom de instalação das grandes empresas multinacionais do setor automobilístico, principalmente, na região do ABC paulista, contribuindo dessa forma para uma concentração inédita de operários, que viria a jogar, mais adiante, um peso importante na retomada das lutas nos estertores do regime militar (FAUSTO, 1995).

Braga & Paula (1986) destacam a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), em 1956, como o último momento centralizador na estruturação dos organismos de saúde pública, com as características de “racionalização” administrativa, pois integrou várias doenças no mesmo órgão (febre amarela, malária, peste e outras), antes com estruturas próprias, e conferiu maior status às campanhas sanitárias. Entretanto,

com o DNERu manteve-se a lógica verticalizada, centrada no combate às doenças que atingiam as coletividades, principalmente rurais, obstáculos para o desenvolvimento em um país predominantemente rural (LIMA, FONSECA & HOCHMAN, 2005). Nesse sentido, vale a pena resgatar os objetivos do DNERu voltados para determinadas áreas, que fossem

(...) pontos críticos das vias principais de transporte e possuam fatores evidentes de desenvolvimento econômico (facilidades de energia, transporte, fertilidade do solo, riqueza mineral, abundância de mão-de-obra, etc.), entravados pela falta de condições sanitárias do meio (RIBEIRO et al (1978) *apud* BRAGA & PAULA (1986, p. 57).

Fica evidente, mais uma vez, os interesses claramente econômicos como norteadores da orientação das políticas de saúde, desenvolvidas para garantir a acumulação de capital. Foi esse também o sentido da expansão das unidades do SESP, como mencionado anteriormente.

O SESP que, inicialmente estava voltado à implantação de unidades na Amazônia e no Vale do Rio Doce, a partir do final dos anos 40 começou a expandir suas atividades para a Bahia, Pernambuco e Paraíba, por meio de convênios com os estados, concentrando-se, assim, nas regiões Norte e Nordeste do país. O modelo criado pelo SESP configurou o segundo referencial importante para a expansão de unidades sanitárias no processo de estruturação de serviços básicos no Brasil. Como se poderia imaginar, sendo a origem da proposta a mesma, esse modelo tem muito em comum com o modelo do centro comunitário de saúde.

No entanto, o SESP partiu da crítica ao caráter exclusivamente preventivo das unidades sanitárias existentes até então, considerado inadequado às necessidades do país, e defendia, no início, uma prática abrangente, que integrava medicina preventiva e curativa. A defesa da incorporação da assistência médica apoiava-se em dois motivos: primeiro, acreditava-se que a realização de assistência médica a um paciente, que procurasse o posto com um problema clínico, teria o papel de conquistá-lo para a participação em atividades preventivas; segundo, o diagnóstico precoce de doenças, realizado por um bom ambulatório, contribuía para diminuir a demanda hospitalar, reduzir despesas e oferecer melhor serviço à população (BODSTEIN & FONSECA, 1989).

No modelo de organização de serviços do SESP as unidades sanitárias eram classificadas segundo as atividades desenvolvidas, cabendo ao centro de saúde, o trabalho mais amplo e complexo, e os trabalhos mais simples às demais unidades denominadas de

tipo C, B e A, posto médico e subposto. O centro de saúde desenvolvia as seguintes atividades: saneamento, educação sanitária, doenças transmissíveis e dispensários, assistência médica, bioestatística, serviço dentário, enfermagem, higiene materna e infantil, lactário, higiene pré-escolar e escolar, exame de saúde, laboratório e arquivo central. Predominava as chamadas “atividades sanitárias básicas” – assistência médica, educação sanitária, saneamento do meio, controle de doenças transmissíveis e bioestatística – implementadas de acordo com os problemas locais, as condições financeiras e a disponibilidade de pessoal. As atividades relacionadas à higiene (materna, infantil, pré-escolar, etc.) ficavam para um segundo momento. Instituiu-se, assim, uma dicotomia entre as “atividades básicas” e as “atividades especiais”. O trabalho era estruturado em torno dos eixos da educação e do saneamento, com uma abordagem não mais centrada no indivíduo, mas na família e na “comunidade”. O objetivo era modificar o “ambiente”, o responsável pelas doenças; para isso, o caminho era orientar tecnicamente a “comunidade” para que ela própria realizasse as melhorias necessárias, no caso do saneamento, a construção de poços, cisternas e destino do lixo (BODSTEIN & FONSECA, 1989).

Bodstein & Fonseca (1989) ressaltam que esse tipo de incentivo à participação comunitária insere-se no modelo de *desenvolvimento da comunidade*, patrocinado por instituições norte-americanas, por volta dos anos 1950, como resposta ao aumento dos problemas relacionados à pobreza, no contexto da guerra fria. Nesse sentido, a ONU divulgou um “conjunto de técnicas de trabalho comunitário como solução para os problemas de ‘participação’ nos programas de desenvolvimento econômico e social, privilegiando as áreas rurais” (BODSTEIN & FONSECA, 1989, p. 79). Esse tipo de visão sobre participação passou a ser questionado por setores mais à esquerda, pelo seu caráter acrítico, apolítico e aclassista, reduzindo a problemática ao plano local e atribuindo suas soluções unicamente à atuação da população.

A concepção de saúde doença do chamado modelo “sespiano” não inova em relação à visão hegemônica, segundo a qual a saúde é produto de hábitos individuais de higiene (ou na melhor das hipóteses, de pequenas comunidades). Apesar de considerar a interferência das condições sociais (reduzida à questão ambiental) sobre a transmissão das doenças, ao propor como caminho para superar os problemas, a aprendizagem (doença como resultado da falta de educação sanitária) e a participação comunitária (não como luta emancipatória, mas como ação substitutiva à ação do Estado), reduz as determinações socioeconômicas do adoecimento à aquisição de hábitos de higiene e a modificações pontuais no ambiente.



Essa abordagem limitada tornou esse modelo objeto de muitas críticas, considerado pouco adequado à realidade do país, assim como os centros e saúde, no início de sua implantação. Essa inadequação seria devida à sua sofisticação e aos custos elevados, que, supostamente, seriam compatíveis apenas com regiões industrializadas e desenvolvidas, como a que originou a proposta. É claro que a crítica aos altos custos estava relacionada com a insuficiência de recursos destinados à saúde pública, o que explica a lenta expansão desses serviços. No período de quarenta anos de sua atuação, o SESP criou 524 unidades de saúde.

Alguns dos questionamentos ao modelo “sespiano” eram provenientes dos defensores do nacional-desenvolvimentismo, para o qual o desenvolvimento econômico acarretaria, como consequência, a melhoria das condições sanitárias da população, porém, o contrário não seria verdadeiro. Essa concepção se opunha, portanto, ao aumento nos investimentos para a ampliação dos serviços médico-sanitários; os recursos deveriam se destinar ao desenvolvimento, pois, com isso, o nível de saúde melhoraria. Essa visão era funcional aos interesses da acumulação capitalista, que admitia o gasto em saúde apenas para a satisfação das condições mínimas para a reprodução da força de trabalho, pois o grosso do investimento estatal deveria estar voltado ao financiamento da industrialização. Mesmo após o fim do convênio com a Fundação Rockefeller (1960), quando foi incorporado ao MS, o SESP permaneceu uma referência para a expansão dos serviços de saúde na área rural do país, levando alguns a considerar, pelo menos até 1967, que “o perfil do Ministério da Saúde era o perfil do SESP” (BODSTEIN & FONSECA, 1989, p. 81).

Para Braga & Paula (1986) o modelo “sespiano” correspondia à concepção dos que supunham que, para alcançar o progresso, a riqueza e o bem-estar, era necessário percorrer os caminhos seguidos pelos países capitalistas avançados. Havia, por outro lado, os que buscavam um caminho “nacionalista”, uma prática ligada à realidade brasileira, uma vez que a proposta mantida por muitos anos pelo SESP, considerada cara para os padrões nacionais, criava um problema sério: os serviços deveriam ser repassados para os governos estaduais e municipais, que não dispunham de condições financeiras para mantê-los. Assim, as unidades permaneceram paralelas e independentes em relação aos sistemas locais, um problema para a conformação de uma rede integrada de serviços básicos nas regiões onde o SESP atuava. O próprio SESP fez autocrítica em relação à sua política de aplicar modelos, baseados em outros países, sem levar em conta as profundas diferenças socioeconômicas (BRAGA & PAULA, 1986).

## **2.6 Governos militares, internacionalização da economia e crise da previdência**

O final dos anos 1950 e o início da década de 1960 representam um momento de instabilidade institucional no país, atravessado por grandes mobilizações sociais, com destaque para o movimento de camponeses, que, pela primeira vez, se manifestavam contra a expulsão de suas terras, tendo as Ligas Camponesas como principal organização. Os estudantes, por meio da União Nacional dos Estudantes (UNE), também radicalizavam suas lutas, assumindo propostas de transformação social. Os operários, cujas direções eram compostas principalmente por trabalhistas e comunistas, apesar de manterem estreitas relações com o governo Jango, acentuaram suas mobilizações e greves, particularmente no setor público. O ápice desse processo ocorreu em outubro de 1963, com a “greve dos 700 mil”, envolvendo várias categorias em defesa de melhores salários.

Nesse contexto, dois grandes projetos encontravam-se em disputa: de um lado, o projeto nacional-desenvolvimentista, articulado em torno das reformas de base e, de outro, o projeto de desenvolvimento vinculado aos interesses do capital estrangeiro. As reformas de base constituíam um conjunto de iniciativas sociopolíticas, cujos eixos eram: reforma agrária, reforma urbana, ampliação dos direitos políticos aos analfabetos e aos militares de baixa patente, e medidas nacionalistas, que preconizavam uma intervenção maior do Estado na economia, como a nacionalização de empresas concessionárias de serviços públicos, de frigoríficos, da indústria farmacêutica, e ampliação do monopólio da Petrobrás e limitação da remessa de lucros para o exterior.

Essas reformas, distantes da perspectiva do socialismo, e que Fausto (1995, p. 448) considerou apenas como uma “tentativa de modernizar o capitalismo e reduzir as profundas desigualdades sociais do país, a partir da ação do Estado”, provocaram uma reação visceral das classes dominantes, principalmente dos latifundiários, diretamente ameaçados pela proposta de reforma agrária, e das classes médias, temerosas de uma reforma urbana que levasse à perda de suas propriedades para os inquilinos. As elites dominantes, com o apoio do imperialismo norte-americano, diante do avanço da luta de classes e da ameaça de ter que fazer concessões, optaram pelo caminho do golpe. Sob o pretexto da segurança nacional e da luta contra o comunismo, sacrificaram a democracia para preservar seus interesses.

Esse período também foi marcado por uma grave crise do sistema previdenciário, somada a um aumento sem precedentes da prestação de assistência médica no âmbito desse sistema. Analisemos primeiro os determinantes da crise financeira da previdência.

A previdência padecia de duas ordens de problemas. A primeira, relativa às receitas, devia-se ao fato de a União e as empresas não pagarem as contribuições efetivamente devidas. Segundo Braga & Paula (1986), o débito da União no final de 1964 era da ordem de Cr\$ 425 bilhões e o dos empregadores, de Cr\$ 140 bilhões. A segunda relacionava-se com o aumento das despesas, decorrente dos reajustes nos benefícios, das elevadas despesas administrativas, da utilização de recursos da previdência para a construção e aquisição de casa própria para os segurados e, por fim, da elevação explosiva dos gastos com assistência médica.

Para se ter uma ideia da dimensão desse último problema, enquanto, em 1949, o gasto com assistência médica representava 7,3% da despesa total da previdência, em 1960, saltou para 19,3%, e para 24,7%, em 1966. Essa elevação é consequência do intenso processo de urbanização e industrialização, com a concentração de uma massa de trabalhadores assalariados, que tinham no sistema previdenciário, um meio de complementar seus baixos salários e recuperar sua saúde, ou seja, a sua capacidade de trabalho. Esse aumento de gastos também refletia a elevação dos custos dos atos médicos. A assistência médica financiada com recursos previdenciários propiciou a expansão da rede de serviços privados, principalmente hospitalar, e a constituição das empresas médicas. A proporção de leitos privados em relação ao total de leitos disponíveis que, em 1953, era de 53,9%, em 1960 saltou para 62,1%. A proporção de serviços lucrativos entre as instituições privadas que, em 1950, era da ordem de 14%, em 1971, já respondia por 44% (BRAGA & PAULA, 1986).

Esse aumento de gastos, além da explosão de serviços privados, tem como causa a tecnificação do ato médico, devido ao progresso científico e tecnológico ocorrido no pós-guerra, com a multiplicação de equipamentos e materiais e uma diversificação e ampliação sem precedentes no número de novos medicamentos produzidos, consequência da acumulação de capital no setor. Assim, procedeu-se a uma

integração ampliada entre Estado, empresas de serviços médicos (clínicas e hospitais particulares) e empresas industriais (farmacêutica, de equipamentos e aparatos médicos) que corresponderá a uma avançada organização capitalista no setor. Com isto, o setor de assistência médica no Brasil, à semelhança do que ocorre em outros países, cresce aceleradamente de importância econômica, mobilizando um volume cada vez maior de

recursos, permitindo uma crescente acumulação de capital em seu interior (BRAGA & PAULA, 1986, p.74).

Essa acumulação tem um lócus privilegiado – o hospital –, detentor da infraestrutura e dos equipamentos necessários para a prestação da assistência crescentemente especializada, consequência do progresso científico e tecnológico. As transformações ocorridas no setor podem ser compreendidas

como se, tardiamente, a atenção à saúde vivesse a sua Revolução Industrial; o cuidado deixou de ser artesanal ou manufatureiro – prestado pelo médico isolado e por serviços bastante simplificados – e passou a assumir características de grande indústria – papel desempenhado pelo hospital moderno. Da mesma forma, o capital – enquanto valor que se reproduz – instalou-se na atenção médica, que passou a produzir mercadorias no sentido mais estrito da palavra (BRAGA & PAULA, 1986, p. 87).

Assim, a medicina previdenciária, além de majoritariamente privada-lucrativa, era essencialmente hospitalar e curativa. Entretanto, observa-se uma tendência de ampliação da assistência ambulatorial, desde o início da década de 1970, o que não é contraditório com a centralidade do hospital; ao contrário, utiliza, no início, a base de serviços complementares (diagnósticos e terapêuticos) da estrutura hospitalar. Esses serviços configuram-se como serviços de natureza crescentemente especializada, passando a ocupar um lugar importante no processo de acumulação de capital, pois contribui para a expansão do consumo dos produtos da indústria farmacêutica e de equipamentos e materiais. Entre 1969 e 1976, os gastos do INPS com assistência ambulatorial cresceram 400%, enquanto os da área hospitalar, 184,7%. O hospital, porém, continua representando o maior volume de gasto em valores absolutos. Essa ampliação da assistência ambulatorial especializada também se deu na forma privada (BRAGA & PAULA, 1986).

Os beneficiários do sistema previdenciário, os trabalhadores assalariados, em função de sua fragilidade política e fragmentação organizativa, para as quais contribuía a diversificação dos benefícios e serviços entre os institutos, não conseguiram “formular e impor uma política nacional de saúde que atendesse a seus interesses comuns” como classe explorada, tendo sua atuação reduzida à pressão para ampliação da assistência médica previdenciária, cada vez mais privatizada (BRAGA & PAULA, 1986, p. 83). Destaca-se, ainda, a participação dos médicos, que pelo controle sobre o saber específico, dispunham de poder político, e com a diferenciação progressiva, uma parte significativa ligou-se aos interesses capitalistas da área, passando a exercer pressão pela ampliação do financiamento

público para os serviços privados. O papel desempenhado pelos médicos será objeto de capítulo específico.

Enquanto isso, a saúde pública e seus serviços padeciam com o subfinanciamento, decorrente da baixa prioridade dada à área, que não oferecia perspectivas e acumulação de capital. No período que antecede o golpe militar, ocorre uma radicalização da discussão em torno de projetos para a saúde, com alguns médicos sanitaristas assumindo a liderança das propostas de reforma. Nesse contexto, realizou-se em 1963, a 3ª CNS, a mais politizada até então, cujos temas centrais envolviam: avaliação crítica da situação de saúde do país, redistribuição de responsabilidade entre os entes federativos, municipalização dos serviços de saúde, integração das atividades curativas e preventivas nas unidades sanitárias e elaboração de um Plano Nacional de Saúde (LIMA, FONSECA & HOCHMAN, 2005). Esse temário só será retomado 23 anos depois, na 8ª CNS, que definiu as diretrizes do SUS. A 3ª Conferência aprovou o seguinte, sobre a municipalização:

Que os governos federal, estaduais e municipais estabeleçam, no menor prazo possível, em nível municipal, a estrutura sanitária básica do país; os serviços de saúde a serem implantados nos municípios deverão levar em conta, na sua estrutura, as necessidades e possibilidades de cada um; os serviços de saúde dos municípios terão no mínimo as seguintes atividades: a) medidas elementares de saneamento do meio; b) fiscalização dos gêneros alimentícios, das habitações e dos estabelecimentos que lidam com a produção e comércio de alimentos; c) imunização contra as doenças transmissíveis; d) prestação dos primeiros atendimentos de assistência aos doentes; e) programas de proteção à maternidade e à infância; f) educação sanitária; e g) levantamento dos dados de estatística vital (BRASIL, 1980, p. 2).

A concepção sobre as ações a serem oferecidas no nível municipal incluía, portanto, vigilância sanitária e epidemiológica básicas, ações de saneamento do meio, controle de doenças transmissíveis, assistência médica, educação em saúde e imunização. Esses são os contornos da APS para uma realidade em que predominavam doenças infecciosas e alta mortalidade infantil e materna, relacionadas com as precárias condições de vida e de trabalho, acrescidas da baixíssima cobertura de saneamento básico.

É no contexto da ditadura militar e das primeiras reformas realizadas para adequar o Estado à nova etapa de acumulação capitalista, que se insere a unificação dos institutos previdenciários. A reforma da previdência promovida, em 1966, apoiou-se em três pilares: ampliação do campo de ação das instituições estatais, porém, com amplo favorecimento da empresa privada, propiciando a constituição de empresas capitalistas e assalariamento em larga escala dos médicos; ampliação dos recursos financeiros disponíveis, por meio do aumento das contribuições e da expansão da cobertura; e aumento da centralização

financeira por parte do Estado, cuja expressão maior é a unificação dos institutos. A solução, portanto, atendeu aos interesses capitalistas gerais e do setor (BRAGA & PAULA, 1986).

A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, com a unificação dos institutos, foi acompanhada da retirada dos trabalhadores da gestão da previdência, considerada questão técnica e atuarial. Progressivamente, expandiu-se a cobertura: primeiro, para os trabalhadores rurais<sup>26</sup> (1971), em seguida, para empregadas domésticas (1972), jogadores de futebol, autônomos (1973) e ambulantes (1978) (BEHRING & BOSCHETTI, 2006). Essa incorporação de trabalhadores à previdência social ampliou o volume de consumidores de serviços de saúde vinculados à previdência.

A unificação dos institutos ampliou ainda mais a participação da propriedade privada lucrativa nos serviços de saúde, pois a expansão da medicina previdenciária se deu principalmente por meio da compra de serviços privados. Os dados falam por si: enquanto em 1960, a proporção de serviços lucrativos entre os serviços privados era de 14,4%, em 1971 já atingia 44%. É essa rede privada lucrativa que passa a dominar a produção de serviços após a criação do INPS, principalmente hospitalar. Há, conforme salientam Braga & Paula (1986), até mesmo uma divisão de trabalho entre hospitais públicos e privados, com os primeiros, melhor equipados, responsáveis pelos casos mais graves, com tratamentos mais demorados e mais caros, enquanto os privados ficavam com a parte mais lucrativa (mais simples e mais barata). Isso evidencia que a ação do Estado foi conformada de modo a garantir os interesses do setor privado, tanto do ponto de vista financeiro, como do próprio funcionamento dos serviços.

Entre 1969 e 1973, ocorreu o chamado “milagre” brasileiro, e também a repressão mais brutal da ditadura militar aos seus opositores. Era o tempo de “fazer o bolo crescer para depois distribuí-lo”, segundo o slogan veiculado pelo regime. Ao mesmo tempo em que o PIB crescia numa média anual de 11,2% e a inflação anual se mantinha baixa, possibilitados pelo momento positivo da economia mundial e pelo aumento do investimento do capital estrangeiro no país, principalmente na indústria automobilística, acentuou-se o processo de concentração de renda. As classes de renda média e alta tiveram seu consumo estimulado pela expansão da indústria, ao passo que os trabalhadores de baixa qualificação viram seus salários serem comprimidos de forma assustadora. Fausto

---

<sup>26</sup> A inclusão dos trabalhadores rurais assumiu um caráter mais redistributivo, uma vez que não se apoiou na sua contribuição, mas numa pequena taxa dos produtores. Entretanto, o valor do benefício era irrisório, meio salário mínimo (BEHRING & BOSCHETTI, 2006)

(1995, p. 487) demonstra esse achatamento salarial da seguinte forma: “tomando-se como 100 o índice do salário mínimo de janeiro de 1959, ele caíra para 39 em janeiro de 1973”, no auge do “milagre”.

A expressão “capitalismo selvagem” revela como se deu o crescimento econômico naquela época, à custa da execução de políticas sociais focalizadas em alguns grupos, resultando em indicadores muito precários de qualidade de vida. A perspectiva dessas políticas sempre foi a de favorecer o mercado e alcançar alguma legitimidade para o regime. A política de habitação era um exemplo, implementada a partir da criação do Banco Nacional de Habitação (BNH), criado em 1964, com recursos do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e do PIS/Pasep<sup>27</sup> para a construção de moradias populares, favorecendo o crescimento de empresas da construção civil. Outro símbolo dessa capitalização máxima que não respeita as populações e nem a natureza foi o projeto da Rodovia Transamazônica, que depois de destruir trechos enormes de floresta e de engordar os lucros das empreiteiras, foi abandonado (BEHRING & BOSCHETTI, 2006).

Na saúde, em 1971, a criação da Central de Medicamentos (CEME), ampliou o acesso aos produtos terapêuticos, por meio da expansão da indústria farmacêutica privada, pois priorizou as ações de distribuição em detrimento de investimentos na ampliação da produção pública de medicamentos. O resultado é que para garantir a distribuição, que passa a incluir toda a rede privada contratada, a partir de 1975, são realizadas compras cada vez maiores da indústria privada. Braga & Paula (1986) concluem que a CEME sempre objetivou expandir a assistência farmacêutica por meio da iniciativa privada. A política de educação e a previdência social também favoreciam a exploração privada, determinando a configuração de um sistema dual de acesso às políticas sociais: serviços privados para quem pode pagar e públicos deteriorados para os pobres. Como resultado, milhões de pessoas encontravam-se excluídas do acesso a qualquer serviço.

Vários fatores fizeram com que, a partir de 1974, o regime fosse forçado a promover algumas mudanças. No plano internacional, desde final dos anos 1960, a crise assola o capitalismo mundial. Para Mészáros (2009), três eventos marcam o início dessa nova etapa: os movimentos de maio de 1968; a queda da taxa de lucro; e o processo de reestruturação produtiva a partir de 1973, acarretando a emergência do desemprego crônico. No plano interno, além das dificuldades econômicas, com o fim do “milagre”, cujo modelo tinha como um dos pontos fracos a excessiva dependência do sistema

---

<sup>27</sup> PIS/Pasep são fundos constituídos com arrecadação das contribuições dos trabalhadores, destinados a subsidiar o seguro-desemprego e o abono salarial. Foram unificados em 1976.

financeiro internacional e da importação de produtos, como o petróleo, acentuaram-se a desigualdade de renda e a deterioração das condições de vida. Saldo do “milagre”: metade da população na extrema pobreza. Diante desse quadro e dos sinais de desgaste do regime, a oposição começa a se organizar. As eleições legislativas daquele ano resultaram em derrota significativa do partido do governo, a Arena.

O governo Geisel (1974-1979), na tentativa de ampliar sua legitimidade, além de iniciar um processo de distensão política, busca dar respostas aos problemas sociais. O II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) dá ênfase, mesmo que retórica, à questão social. É criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que assume atribuições até então do Ministério do Trabalho, resultando na consolidação da separação da medicina previdenciária em relação à saúde pública e da hegemonia da primeira. Instala-se o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), órgão interministerial, cuja função é orientar a formulação da política social e integrar os ministérios da área. Braga & Paula (1986) salientam que, na prática, esse conselho voltou-se mais para a distribuição ‘indireta’ de renda<sup>28</sup> e para a oferta de bens de consumo coletivo, do que para a busca de solução para os problemas sociais. Ainda em 1974, foi instituído o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), instrumento de apoio financeiro aos programas sociais, que na área da saúde, diferentemente das demais, foi utilizado prioritariamente para o reforço da rede privada, particularmente a hospitalar.

A adoção pelo MPAS do Plano de Pronta Ação (PPA) da Previdência Social, objetivando disciplinar a atuação dos órgãos prestadores de ações de saúde, também, privilegia os produtores privados de saúde, num contexto de inúmeras distorções em relação à prestação desses serviços. A modalidade de pagamento por Unidade de Serviço (US) favorecia sobremaneira inúmeras manipulações como forma de auferir lucros maiores. Depois de pouco mais de dois anos do PPA, ocorreu uma “elevação” importante do número de atendimentos realizados. As “distorções” na prestação de serviços representavam apenas mais um sinal do seu descalabro. O próprio ministro da Previdência confirmou que, em 1976, foram “pagas nada menos de 600.000 internações hospitalares desnecessárias na rede privada contratada”, o que foi chamado de “sistema produtor de pacientes fantasmas, de cirurgias, internações e outros serviços desnecessários” (MELO, 1984, p. 179). O modelo começava a entrar em colapso financeiro.

---

<sup>28</sup> Em 1974 foi criada a Renda Mensal Vitalícia para os idosos pobres, no valor de meio salário mínimo para os que tivessem contribuído ao menos um ano para a previdência.



## 2.7 Crise econômica, redemocratização e reforma sanitária

O ano de 1975 representa, para muitos pesquisadores, o marco da formação das bases teóricas do movimento sanitário<sup>29</sup>, pois nesse ano foram defendidas as teses de Sérgio Arouca, “O Dilema Preventivista” e de Cecília Donnangelo, “Medicina e Sociedade”, culminando um processo de utilização das ciências sociais na análise de saúde no Brasil. A construção da abordagem marxista dos problemas de saúde, nos DMPS, constituiu-se em um processo de crítica à medicina preventiva e à sua filosofia, as ciências sociais positivistas (ESCOREL, 2009). Não deixa de ser relevante que no interior dos próprios Departamentos tenha nascido a crítica às concepções que os originaram. A implantação desses DMPS no Brasil ocorreu na década de 1950, tendo como origem o modelo surgido nos EUA, cujos conceitos estratégicos, conforme discutido no Capítulo I, são a busca pela integração da medicina no interior da escola médica, como meio para a formação de uma nova consciência nos estudantes, no sentido de incorporar uma atitude de prevenção. No Brasil, era mais difícil a absorção dessa proposta, em função da importância que a intervenção estatal assumia na prestação de serviços de saúde, mesmo que de forma a estimular a expansão privada.

Junto com essa crítica ao modelo preventivista, emerge também, na América Latina, a denúncia da medicalização e de suas consequências negativas para a saúde da população, por meio da difusão das obras de Illich e de outros pesquisadores, propiciando o surgimento de programas alternativos de autocuidado e, particularmente, da medicina comunitária, também originária dos EUA. A medicina comunitária buscava a racionalização da atenção à saúde, por meio de programas de APS simplificados, de baixo custo, desenvolvidos na maioria das vezes com pessoal auxiliar, e contando com a participação da “comunidade”. Os governos latino-americanos foram receptivos a essa proposta por representar a perspectiva de uma medicina barata como resposta às crescentes necessidades de assistência médica de custo elevado. As experiências de medicina comunitária foram desenvolvidas, no início da década de 1970, nos DMPS, como campo de estágio para estudantes e médicos residentes. Donnangelo (1979) evidenciou o caráter paralelo dessa prática, que, ao se destinar às populações excluídas do acesso à rede existente, deixava intocado o modelo hegemônico, conforme discuto no Capítulo I.

---

<sup>29</sup> Esse nome reflete a influência que o movimento da Reforma Sanitária italiana teve no país, principalmente a partir da publicação dos livros de Giovanni Berliquer, deputado do Partido Comunista Italiano (PCI), que esteve diversas vezes no Brasil para debater aquela experiência.

Entretanto, os espaços criados pelas medicinas preventiva e comunitária propiciaram uma crítica tanto à formação do médico, hegemônica pelas ciências biológicas, quanto ao modelo clássico de formação dos sanitaristas, que incorporava as ciências sociais, mas com enfoque funcionalista. Segundo Escorel (2009), o conceito mais representativo dessa visão foi o do círculo vicioso de pobreza e doença, desenvolvido por Myrdal, segundo o qual, as pessoas são doentes porque são pobres; empobrecem porque são doentes e ficam ainda mais doentes porque estão mais pobres. Outra corrente criticada pela emergente medicina social foi a da Comissão Econômica das Nações Unidas para a América Latina (CEPAL), conhecida como “teoria da dependência”, que preconizava o crescimento econômico por meio de uma industrialização que substituísse importações, rompendo, assim, com a dependência em relação aos países centrais. A essa visão correspondia o “sanitarismo desenvolvimentista”, apoiado na filosofia positivista, segundo a qual, a sociedade dividia-se em “setores” – sistemas sociais autônomos –, e considerava possível uma mudança social a partir de um setor, ou seja, melhorar as condições de saúde seria uma forma de romper com a pobreza e o atraso econômico.

Escorel (2009) sinaliza a existência, em meados dos anos 1970, de três abordagens diferentes, segundo o conceito de “social” em saúde: o preventivismo, que via o social como conjunto de atributos pessoais (educação, renda, salário, ocupação, etc.); o modelo racionalizador (medicina comunitária), para o qual o social consistia em um coletivo de indivíduos; e a abordagem médico-social, que considerava o social como campo estruturado de práticas sociais. O preventivismo era exercitado principalmente nos centros de saúde e, sua parte mais conservadora, encontrava-se na Superintendência de Controle de Endemias (SUCAM), sucessora do DNERu, e na Fundação SESP. As propostas racionalizadoras, difundidas pela OPAS, expressavam-se nas experiências de medicina comunitária, extensão de cobertura, integração docente-assistencial em alguns DMPS e na formação de sanitaristas pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). A corrente médico-social encontrava-se nos DMPS da Universidade de Campinas (Unicamp) e da USP, e no Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/UERJ).

A abordagem médico-social, que constituiu o núcleo do movimento sanitário, desenvolveu conceitos básicos sobre temas fundamentais como: determinação social da doença, historicidade do conceito saúde-doença, processo de trabalho, poder médico e medicalização (ESCOREL, 2009). Para Escorel (2009), nessa nova teoria, o social não é mitificado, e sim investigado, principalmente os aspectos econômicos e da exploração do

trabalho, na busca da determinação dos processos de adoecimento. Os conceitos estratégicos, ainda segundo a autora, seriam a prática política e a consciência sanitária como parte da consciência social, na luta pela transformação da sociedade. Assim, fica claro que as origens do movimento sanitário ocorreram nas instituições formadoras de médicos, no processo de questionamento das relações entre saúde e sociedade. Esse movimento articula-se ao movimento mais geral de oposição ao regime militar e de luta pela redemocratização do país.

As outras duas vertentes que compuseram, junto com a academia, o movimento sanitário, no entender de Escorel (2009), foram: o movimento dos médicos residentes e o da Renovação Médica (REME), que representaram uma atuação política e sindical no mundo do trabalho; e o movimento estudantil da área da saúde. Esses dois componentes serão avaliados mais adiante. A relação com o movimento operário e popular se deu apenas no processo de discussão na nova Constituição, o que revela uma das principais debilidades desse movimento, que tem como principais interlocutores os setores médios e intelectuais da sociedade.

Em 1975, foi aprovada a Lei nº 6.229/1975, que dispôs sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde (SNS), propondo pela primeira vez a “integração” entre a medicina previdenciária e a saúde pública. Entretanto, a criação do SNS significou uma integração mais retórica que real, pois a Lei manteve a divisão institucional, e, assim, ratificou a especialização dos cinco ministérios envolvidos com a saúde, com o MS restrito à ação normativa e fiscalizadora, e a assistência médica individual, limitada ao sistema previdenciário. Apesar de o SNS prever a organização de serviços estaduais e municipais de APS, objetivamente reforçou os serviços médicos hegemônicos, de natureza privada, voltados para a realização de uma medicina crescentemente especializada. Assim, essa iniciativa buscou apenas objetivos políticos de legitimação, pois não alterou a tendência privatista em curso (LUZ, 1984).

Nesse ano, realizou-se a 5ª CNS, cujo tema central foi o SNS, recentemente instituído. A política de saúde aprovada legitimou a dicotomia da atenção à saúde e a criação de estruturas permanentes e *simplificadas*, bem como as diretrizes da regionalização, hierarquização e descentralização, além da integração entre ações preventivas e curativas (BODSTEIN & FONSECA, 1989). Ressalte-se que as CNSs, eram instâncias de discussão no âmbito exclusivamente governamental e técnico, com nenhuma participação de outros grupos sociais. Porém, a partir dessa Conferência, o movimento sanitário começa a exercer influência, com a tática de ocupar espaços institucionais. A

crítica ao modelo da medicina previdenciária, que excluía cerca de 50% da população brasileira, acabou abrindo espaço para a proposta da medicina comunitária, como alternativa racionalizadora de atendimento.

Esse modelo alimentou diversas experiências no Brasil, na década de 1970, objetivando uma ampliação de cobertura com custos baixos, dirigida a populações não incluídas na rede previdenciária. Mas, a proposta que mais materializou essa concepção foi originada no âmbito do MS, instituída por meio do Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIASS), em 1976. O PIASS foi elaborado por uma equipe técnica do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), com influência das concepções do movimento sanitário e do pensamento sanitário desenvolvimentista, cujas propostas tinham sido abortadas pela ditadura militar. Segundo Escorel (2009), algumas características do PIASS ficaram evidentes desde o início: visava ao impacto político e à visibilidade social, portanto, instrumento de legitimação do regime, além do caráter tecnocrático, uma vez que sua elaboração ficou restrita aos técnicos do governo, apesar de incorporar algumas propostas do movimento sanitário. Assim, fica evidente a importância política do programa, que priorizava a região Nordeste, tradicional reduto eleitoral dos governos militares, o que também revela a decisão de não confrontar os interesses privados hegemônicos nos grandes centros do país.

O PIASS foi aprovado em agosto de 1976, para um período de três anos, com a finalidade de implantar estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20.000 habitantes. A proposta contemplava a criação de módulos básicos, compostos por postos de saúde para comunidades rurais entre 500 e 2.000 habitantes e centros de saúde, implantados nas sedes de municípios, para 2.000 a 6.000 habitantes. O posto funcionava com auxiliares de saúde e realizava ações de controle de doenças transmissíveis, visitas domiciliares, tratamentos padronizados, coleta de material para exames, primeiros socorros, educação em saúde, encaminhamento dos casos mais graves, entre outras atividades. O centro de saúde era encarregado de tratar os casos mais complexos, por isso, contava com médico, dentista, enfermeiro, laboratorista, tecnólogo ou auxiliar de saneamento, visitadora, auxiliares de saúde e pessoal de apoio administrativo. Além das atividades desenvolvidas pelos postos, realizava assistência médica e odontológica, de laboratório básico, vigilância epidemiológica e apoio técnico ao posto (BODSTEIN & FONSECA, 1989).

Na prática, o PIASS concentrou-se na implementação de uma rede de minipostos e na utilização em larga escala de pessoal auxiliar, considerados a “tecnologia apropriada”

para a interiorização das ações de saúde. Buscou-se, também, uma articulação financeira com a Previdência Social, que concentrava os recursos da saúde. As duas concepções dominantes na saúde se opuseram a esse projeto: de um lado, a Fundação SESP, que divergia do modelo, pois defendia um programa vertical e centralizado, com normas válidas para todo o país; de outro, a Previdência Social, que resistia em participar do financiamento. Outra grande dificuldade foi a inexperiência das gestões estaduais com a implantação de serviços básicos de saúde (ESCOREL, 2009).

O governo adotou uma estratégia de implantação rápida em função de seus objetivos políticos; por isso, ao final de 1978, já se encontravam em funcionamento 642 centros de saúde e 1.250 postos de saúde, em 699 municípios, correspondendo a 56% do total da área de abrangência (ESCOREL, 2009). Entretanto, esses números não revelam a real situação. Para se ter uma noção, é preciso retomar uma avaliação feita à época, que destacou problemas importantes do PIASS:

Ao invés de representar a garantia de acesso a todos os níveis, consagra as desigualdades na distribuição de serviços, significando os cuidados primários mais uma barreira à demanda dos serviços sofisticados, apesar da justificativa do programa pretender apontar para direção contrária (...). A “participação comunitária” é encarada de forma instrumental, na medida em que o programa utiliza para legitimar e garantir as atividades prescritas pelos técnicos; ao mesmo tempo como fator de barateamento de custo, com utilização de mão-de-obra gratuita (PELEGRINI *et al*, 1979 *apud* ESCOREL, 2009, p. 175).

Na realidade, o PIASS representou um projeto de racionalização das ações de saúde, ou seja, de extensão de cobertura de ações básicas, de baixo custo, a populações excluídas do sistema de assistência oficial, utilizando o modelo da medicina comunitária, defendido, inclusive por lideranças do movimento sanitário, como forma de iniciar mudanças no modelo de assistência hegemônico. Revelou-se um projeto de APS seletiva, para populações marginalizadas de regiões marginalizadas. Reduziu-se a uma retórica legitimadora que não produziu mudança no modelo assistencial. Um projeto, antes de tudo, político, que visava ampliar a base de apoio ao regime militar em crise.

A participação das gestões estaduais na execução das ações criou as bases para a organização dos secretários estaduais de saúde, no que viria a se constituir, em 1982, no Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Já o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) surgiu em 1988, a partir de encontros realizados desde 1984. Em 1979, o PIASS foi incorporado à estrutura programática do MS,

no Programa Nacional de Serviços Básicos. Era os tempos do Prev-Saúde, que discutiremos mais adiante.

No âmbito específico da assistência médica previdenciária, após o “boom” de crescimento até 1976, amplia-se o déficit decorrente do permanente subfinanciamento do INPS por parte da União. Para efeito de comparação, segundo Braga (1986), enquanto nos países desenvolvidos os governos contribuía com até 65% (em média 40%) dos recursos da previdência social, no Brasil, a participação governamental chegou a 9,2%, em 1967, e caiu para 4,7%, em 1976. As contribuições das empresas após a criação do INPS passaram a ser mais regulares, mas utilizavam o artifício de transferir para os consumidores, no preço dos produtos e serviços, o equivalente aos encargos que tinham que assumir.

Diante dos gastos crescentes com a medicina previdenciária, o governo realiza nova “racionalização”. Em março de 1978, foi instituído o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). Com isso, o INPS passa a responder apenas pela previdência, ficando a assistência médica a cargo do recém-criado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e a administração financeira, por conta do Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS).

Um marco importante para a ampliação e organização do movimento sanitário foi a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976. As articulações para essa iniciativa começaram a ocorrer na 28ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), em julho daquele ano. O grupo que constituiu o CEBES era quase todo originário do DMPS da Unicamp, que, até 1975, era um centro de atração para o trabalho político de esquerda na área da saúde, dispersando-se mais tarde em vários Departamentos, após embates políticos com a reitoria. Outra característica desse grupo era a vinculação da maioria ao PCB. Assim, a principal entidade do movimento sanitário origina-se no pensamento de esquerda das instituições acadêmicas de medicina. O CEBES logo lançou a revista Saúde em Debate, principal órgão de divulgação e discussão das ideias do movimento sanitário (ESCOREL, 2009).

O CEBES agregou um leque muito amplo de posições políticas, apesar de existir uma hegemonia do PCB. Era um grupo bastante heterogêneo que passou a atrair profissionais descontentes com as políticas de saúde e as condições de trabalho. Um dos momentos marcantes na trajetória do CEBES foi o lançamento, em 1978, do livro “Medicina e Política”, com a presença de seu autor, Giovanni Berliquer, professor e parlamentar do PCI, uma liderança da Reforma Sanitária italiana. Sergio Arouca, em depoimento a ESCOREL (2009), considera que esse momento foi importante para a

definição da linha política do CEBES, no sentido de associar a questão da saúde com a luta geral pela redemocratização, representando um salto da academia para a luta política.

Os anos 1970 foram o palco da retomada do movimento social e de crescimento da oposição ao regime militar. Apesar da Lei Falcão, que restringiu a propaganda eleitoral no rádio e na TV, considerados responsáveis pela politização do processo eleitoral, as eleições municipais de 1976 representaram nova derrota para a ditadura militar. Como resposta, são baixadas medidas para manter o controle sobre o processo, o chamado “pacote de abril”, em 1977, que colocou o Congresso em recesso, propiciando a adoção de uma série de medidas por meio de decretos-lei. O “pacote de abril” incluiu, entre outras, a criação do senador biônico, eleito num colégio eleitoral, e a modificação do critério de representação proporcional, de modo a beneficiar os estados do Nordeste, mais favoráveis ao regime.

O movimento social foi progressivamente recuperando a sua vitalidade, tanto em função da deterioração das condições de vida e do arrocho salarial, como por conta do processo de abertura política, mesmo que restrita e controlada. O movimento popular, impulsionado principalmente pelos movimentos de base da Igreja católica, nasceu nas periferias dos grandes centros urbanos, na luta pelo direito a serviços públicos: moradia, transporte, educação, saúde, saneamento, etc. O movimento popular de saúde destacou-se nesse contexto, contando, muitas vezes, com a participação de profissionais de saúde (GERSCHMAN, 1995). Esse movimento cresceu, inicialmente, em torno de reivindicações específicas (postos de saúde e hospitais) dirigidas ao Estado, revelando a carência desses serviços nas periferias das grandes cidades. Posteriormente, articulou-se nacionalmente para a discussão de problemas comuns, constituindo Federações de Associações de Moradores, com uma avaliação mais política das determinações dos problemas de saúde. Essa fase, que Gerschman (1995) denomina de “politização”, culminou com amplas mobilizações. Já na década de 1980, o movimento desempenhou papel decisivo na formação das Plenárias Estaduais e Nacional de Saúde, fundamentais no processo de luta que levou à aprovação do capítulo de saúde da CF de 1988.

Também, no plano sindical, a década de 1970 marcou o renascimento de grandes mobilizações. Em maio de 1978, ocorreu a primeira grande greve dos metalúrgicos do ABC, um dos mais importantes polos industriais do país. Esse movimento demarca também o surgimento do chamado “novo sindicalismo”, que se opunha aos dirigentes sindicais pelegos, com o objetivo de retomar os sindicatos para a luta por melhores salários e condições de trabalho. Só no ano de 1978, foram 539.037 trabalhadores em greve, em

sete estados, envolvendo treze categorias. Em 1983, esse movimento culminou na criação da Central Única dos Trabalhadores (CUT), que representou, naquele momento, uma ruptura com o sindicalismo atrelado e domesticado do período militar. Também no campo, assistiu-se à retomada da luta sindical, por meio da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG) (ESCOREL, 2009).

Ainda no campo sindical, merece destaque, o movimento dos médicos residentes e o movimento médico, considerados a segunda vertente do movimento sanitário. O primeiro organizou-se em torno da Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR), criada em 1967, mas redirecionada para as lutas da categoria apenas em 1975, no Rio e em São Paulo, locais que concentravam a maioria dos profissionais. O X Congresso da ANMR daquele ano, pela primeira vez, reconheceu o caráter profissional dos residentes, iniciando a luta para garantir não só a regulamentação didática, mas também a trabalhista. Com a ampliação e radicalização do movimento, o governo aprovou a regulamentação da residência médica, por meio do Decreto nº 80.281/1977, porém sem reconhecimento dos direitos trabalhistas. Apenas em 1981, após uma série de greves, é editada a Lei nº 6.932/1981, que contempla os benefícios previdenciários, mas ainda sem reconhecer os direitos trabalhistas.

A luta dos médicos residentes não se restringiu a reivindicações específicas, um exemplo é a proposta aprovada no XII Congresso da ANMR de lançamento da Carta dos Profissionais de Saúde à População Brasileira, encampada pelo CEBES, com a organização do Dia Nacional de Saúde e Democracia, em dezembro de 1977, um sinal de que as chamadas classes médias, que incluem os médicos, estavam descontentes com o regime militar. Esse movimento também se aproximou dos sindicatos dos médicos, contribuindo para o processo de renovação das lideranças dessas entidades, e com as lutas mais gerais pela anistia e pela reforma da saúde (ESCOREL, 2009).

O movimento sindical dos médicos passou também por fortes mudanças nos anos 1970. A expansão da assistência médica, principalmente privada, acarretou o assalariamento da categoria. As lideranças tradicionais não se deram conta dessas transformações e, em três anos, o REME, parte do chamado “novo sindicalismo”, conquistou as mais importantes entidades sindicais, inicialmente do Rio de Janeiro e de São Paulo, em 1978. O REME, entretanto, não percebeu a heterogeneidade das formas de inserção dos médicos no mercado de trabalho, que se refletia na multiplicidade dos seus interesses e problemas, considerava-os quase que totalmente assalariados, o que levou, posteriormente, ao crescimento dos neoliberais. O REME assumia em seu programa uma



postura de oposição ao regime militar e às leis de exceção, e participou da mobilização pela reforma da saúde na Assembleia Nacional Constituinte (ANC) (CAMPOS, 1988).

O REME defendia a ampliação dos serviços públicos de saúde como forma de assegurar o emprego médico e o direito da população à assistência, mas não era a favor do monopólio estatal na prestação de serviços e nem da socialização do sistema de saúde. Ao Estado caberia o papel de planejar e gerenciar o sistema de saúde, regulando o funcionamento do setor privado. Com o avanço dos serviços privados, essa corrente acabou perdendo espaço para os adeptos das concepções neoliberais, que se opunham a qualquer processo de socialização ou estatização dos serviços de saúde, contrários a seus interesses (CAMPOS, 1988). O REME contribuiu com o movimento sanitário ao trazer os problemas das relações do mundo do trabalho médico para o campo de suas reflexões (ESCOREL, 2009). A análise da participação dos médicos no sistema de saúde no Brasil e, particularmente, na APS será objeto de capítulo específico deste estudo.

A luta estudantil também ressurgiu no cenário nacional nessa época. Após a deflagração de greves no ano de 1975, o movimento se rearticula e realiza, no ano seguinte, o 1º Encontro Nacional dos Estudantes (ENE). A repressão ao movimento estudantil foi dura, com invasão militar nos *campi* universitários, prisão e expulsão de lideranças. Entretanto, apesar das ameaças, os estudantes realizam, em 1979, o Congresso de reconstrução da União Nacional dos Estudantes (UNE), em Salvador. Na área da saúde, o movimento surge a partir das Semanas de Estudos de Saúde Comunitária (SESAC), em 1974. As SESACs adotaram a perspectiva política de debater os determinantes sociais, econômicos e políticos da estrutura de saúde e as experiências de saúde comunitária em curso, congregando estudantes e profissionais de todas as áreas da saúde. Constituiu-se em espaço importante de formação da consciência sanitária dos estudantes e de difusão das propostas do movimento sanitário (ESCOREL, 2009).

A partir da II SESAC, em 1975, os estudantes decidiram retomar os Encontros de Estudantes de Medicina (ECEM), que não incluíam questões políticas em suas pautas por serem financiados e controlados até então pelo Ministério da Educação (MEC). Em 1976, o 8º ECEM se realiza sob controle dos estudantes e se constitui em outro fórum importante de debates e organização de lutas sobre a formação médica e sobre a política nacional de saúde. Para evidenciar essa politização do ECEM, reproduzimos partes do relatório final do encontro realizado em 1977:

Mesmo uma análise superficial permite identificar a causa básica da existência de um quadro tão grave da saúde do brasileiro no seu baixo nível de renda (...) esta situação de brutal desigualdade no plano econômico é garantido, no plano político, por um regime violentamente repressivo que (...) age no sentido de impedir o avanço da consciência e da organização de amplas camadas de descontentes da população e, fundamentalmente, das classes trabalhadoras. (...) Deste modo, hoje a política nacional de saúde se resume a medidas paliativas que em nada contribuirão para uma verdadeira melhoria na realidade de saúde brasileira. Esta situação se reflete diretamente no ensino médico, quando o nosso currículo é orientado para uma prática médica especializada, em detrimento da formação do médico generalista de que precisamos (ECEM, 1997 *apud* ESCOREL, 2009, p. 74).

O governo Figueiredo (1979-1985) conduziu ao fim o longo e controlado processo de abertura, decretando, no primeiro ano de governo, a anistia política, que se traduziu na volta dos exilados ao país. A crise econômica se agrava e ocorrem várias manifestações, inclusive saques a supermercados. Na área da saúde, mantém-se a dicotomia previdência-saúde pública. O CEBES passa a atuar, além de fórum de aglutinação política, como órgão de consultoria técnica, e desenvolve, por meio de seu núcleo de Brasília, assessoria junto ao Congresso Nacional, que culmina na realização do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, em outubro de 1979, um primeiro momento importante na luta pela Reforma Sanitária. A resolução oficial do evento adotou documento elaborado pelo CEBES, intitulado “A Questão Democrática na Área da Saúde” (ESCOREL, NASCIMENTO & EDER, 2005), que continha oito conjuntos de medidas cujo objetivo era deter o empresariamento da medicina:

transformar os atos médicos em bem social gratuito; unificar o sistema de saúde; atribuir ao Estado a administração total desse sistema; entregar a esse sistema a tarefa de planejar e executar a política nacional de saúde; estabelecer mecanismos eficazes de financiamento do sistema; descentralizar esse sistema; viabilizar uma real participação popular em todos os níveis e etapas da política de saúde (ESCOREL, 2009, p.87).

Assim, foram aprovadas as linhas gerais da proposta do movimento sanitário num espaço institucional importante, o parlamento nacional. Em março de 1980, ocorre a 7ª CNS, com o tema “Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos”, que discutiu as orientações para um novo programa de reestruturação de serviços – o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, o Prev-Saúde, chamado inicialmente de Pró-Saúde. Essa foi a primeira vez que a atenção básica ocupou o centro dos debates, apesar de a motivação principal, do ponto de vista do governo militar, ser a racionalização de serviços. Isso refletia também o impacto, no Brasil, da Conferência de Alma-Ata, em 1978.

O então diretor geral da Organização Mundial de Saúde (OMS), Halfdan Mahler, manifestou-se da seguinte forma nesse evento:

(...) a atenção primária de saúde não deve ser - nunca - mal interpretada e confundida com uma atenção primitiva, de segunda ou de terceira classe, para os pobres das zonas urbanas e as populações rurais. Pelo contrário, deve ser sempre considerada como o ponto de primeiro contato entre o sistema de saúde e a comunidade local e como a porta de entrada universal - isto é, para todos os grupos da população - para outros níveis do sistema de saúde. Em consequência, não pode nem deve ser um programa paralelo e independente do sistema de saúde, mas uma parte perfeitamente integrada do mesmo, ao qual remete todos os que não é capaz de atender e do qual recebe permanente apoio. (...) O correto desenvolvimento e a gradual expansão da atenção primária (...) exigirão um extraordinário esforço financeiro (BRASIL, 1980, p. 12).

O representante da OMS parece adivinhar as concepções que norteavam a discussão da APS naquele contexto no Brasil. Os riscos de desvirtuamento da proposta, que ele aponta, aqui eram reais, uma vez que não estava no horizonte do governo militar a organização de um sistema de saúde, com a APS como porta de entrada. A organização dessas ações era vista apenas como forma de baratear o custo da assistência e garantir legitimidade política. Os serviços básicos foram assim conceituados: “conjunto integrado de serviços, prestados às pessoas e às comunidades e para melhoria do ambiente, necessários à promoção da saúde, à prevenção das doenças, ao tratamento das afecções e traumatismos mais comuns e à reabilitação básica de suas consequências” (BRASIL, 1980, p. 21).

O Prev-Saúde foi concebido com base em algumas experiências anteriores de APS, como Sobradinho/DF, Montes Claros/MG e o PIASS. Inicialmente, seus pressupostos básicos eram hierarquização do atendimento por nível de complexidade, integração dos serviços públicos e privados e regionalização por áreas definidas. Entretanto, mais uma vez, a proposta se restringiu a investimentos na rede de APS, sem tocar no problema da rede hospitalar privada, revelando seu verdadeiro caráter de programa paralelo e focalizado. A proposta previa claramente a participação do setor público apenas de forma complementar ao privado, nos níveis secundário e terciário, com o objetivo restrito de estabelecer padrões, treinamento de pessoal e apoio à rede básica. Mesmo o pequeno avanço que ele significou em termos de integração de serviços, orientada pelos princípios da APS, representou ameaça ao setor privatista, que pressionou pelo arquivamento do projeto (SCOREL, NASCIMENTO & EDER, 2005).

No ano de 1979, nasce outra entidade importante para a luta pela reforma sanitária: a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO).

Constituiu-se, inicialmente, como uma associação de programas de pós-graduação em saúde coletiva e saúde pública, contribuindo para a expansão das residências em medicina preventiva e social, importante espaço formador de profissionais e gestores para o sistema público de saúde. A ABRASCO não se limitou a atuar como entidade acadêmica, posicionou-se politicamente, ao lado do CEBES, como porta-voz da comunidade científica, na defesa de mudanças no sistema de saúde (SCOREL, NASCIMENTO & EDER, 2005).

Os anos 1980 assistem a uma radicalização crescente dos movimentos que lutam por transformações no sistema de saúde, no contexto da ampliação das lutas democráticas e, também, a um agravamento da crise econômica e da previdência social. O governo edita um “pacote da previdência” como resposta ao déficit crescente. Além de cortes de benefícios e de elevação das contribuições, é feita uma “intervenção” no setor de assistência médica previdenciária, considerada uma das responsáveis pelos gastos elevados. É criado por Decreto, em dezembro de 1981, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), órgão vinculado ao MPAS. O objetivo do governo era, mais uma vez, racionalizar a assistência médica, reduzir custos.

Nesse período, vem a público uma série de denúncias sobre fraudes envolvendo hospitais privados contratados pela previdência social, reforçando o clima de devassa na área. Em agosto de 1982, foi aprovado o Plano do CONASP, composto por três partes: a primeira visava ao controle dos gastos por meio da substituição do pagamento por atos isolados (US), pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que remunerava por procedimentos mais agregados; a segunda buscava uma pretensa eficácia técnica por meio da reorientação de programas (saúde mental, saúde bucal, etc.); e a terceira objetivava a melhoria dos serviços próprios, por meio de um projeto de racionalização ambulatorial. Toda a ênfase recai claramente na racionalização dos gastos com assistência médica previdenciária. Porém, pela primeira vez, um projeto oficial parte de uma posição crítica em relação ao sistema de saúde vigente (SCOREL, NASCIMENTO & EDER, 2005). Sinal da agudização da crise econômica e política que assolava o regime.

Premido pela urgência da racionalização, o governo inicia, por meio do Plano do CONASP, um processo de reestruturação das redes federal, estadual e municipal de saúde, com vistas à articulação entre os serviços. O programa das Ações Integradas de Saúde (AIS) materializado por meio de convênios trilaterais entre as secretarias estaduais, o MPAS e o MS, com o objetivo de utilizar a capacidade instalada de serviços públicos de saúde, que se encontrava ociosa, constituiu-se em uma das estratégias de racionalização do

CONASP. Essa iniciativa foi de certa forma facilitada em função do resultado das eleições de 1982.

O Brasil enfrentava uma situação de recessão com declínio do PIB nos anos de 1981 a 1983. O segundo choque do petróleo no plano internacional agravou a situação interna que já era de crise. A inflação se acentuou e o desemprego aumentou, levando a um declínio da renda, ainda mais grave que o dos anos pós-crise de 1929. Diante da quase insolvência do país, o governo aceitou o receituário do Fundo Monetário Internacional (FMI), em agosto de 1983. Em troca de uma ajuda financeira não significativa, foram realizados mais cortes de gastos públicos e um arrocho ainda maior dos salários. Nesse quadro, de recessão, é que se realizaram as eleições de 1982.

Um dos determinantes do resultado desse processo ocorreu em 1979, com a aprovação da Nova Lei Orgânica dos Partidos e a extinção do MDB e da Arena, obrigados a incluir o nome “partido” na sigla. A Arena para fugir do desgaste se transformou em Partido Democrático Social (PDS) e o MDB acrescentou “partido”, convertendo-se em Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). A oposição divide-se. Novos partidos surgiram, alguns recuperando histórias anteriores – o PCB, o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) (iniciativa de uma sobrinha-neta de Getúlio Vargas) e o Partido Democrático Trabalhista (PDT) (iniciativa de Leonel Brizola) e outros, como o Partido Popular (PP), de vida curta, tentava criar uma alternativa conservadora ao PDS, com Tancredo Neves e Magalhães Pinto, e, por fim, o Partido dos Trabalhadores (PT), a grande novidade no cenário político do país. O PT, organizado a partir do novo sindicalismo do ABC, congregou intelectuais, vários grupos de esquerda, lideranças de movimentos populares e as bases progressistas da Igreja católica. Propôs-se a representar os trabalhadores assalariados na luta por direitos e transformações sociais que abrissem caminho para o socialismo (FAUSTO, 1995).

Para garantir um resultado eleitoral favorável, o governo aprovou o fim do bipartidarismo (para evitar o caráter plebiscitário da eleição) e uma série de iniciativas, entre elas, o voto vinculado, que obrigava o voto no mesmo partido, do vereador ao governador, e a Lei Falcão, que continuava em vigor. Pela primeira vez, desde 1965, os governadores seriam eleitos pelo voto direto. O PDS ganhou a maioria das cadeiras no Senado e foi o mais votado na Câmara, mas sem garantir maioria. Na eleição estadual, a situação foi diferente: o PDS perdeu estados importantes como São Paulo, Minas Gerais, Paraná e Rio de Janeiro, mas, ainda manteve a maioria (FAUSTO, 1995)

A vitória da oposição em estados importantes facilitou, na saúde, o avanço da implantação das AIS, vista como passo importante no processo de mudança da organização do sistema de saúde. Apesar de ser uma iniciativa do governo militar, influenciado pela participação de pessoas ligadas ao movimento sanitário, esse processo também enfrentou a reação contrária dos setores ligados aos interesses privatistas, presentes em diversos espaços institucionais. Essa estratégia de ocupação de espaços foi descrita da seguinte forma

Mesmo antes do advento da Nova República, o movimento sanitário realizou sua estratégia de ocupação de todos os espaços de discussão possíveis. Articulado com as lideranças políticas do país promoveu encontros cuja finalidade não se resumia a planejar políticas para a área da saúde, mas, sim, influir na sua adoção (SCOREL, 2009, p. 76).

Em vários momentos nesse longo período de transição para a democracia essa estratégia fica evidente, mas, não era consensual no movimento sanitário. Vários militantes e dirigentes do movimento sanitário participaram da elaboração de quase todas as propostas governamentais que surgiram a partir do governo Geisel. Um episódio revelador da dimensão dessa estratégia ocorreu após a eleição de Tancredo Neves, no Colégio Eleitoral, analisada mais adiante.

Apesar de representarem uma iniciativa racionalizadora, as AIS resultaram em avanços no fortalecimento dos serviços básicos e na articulação das redes federal e estadual com as redes municipais. Entretanto, como beneficiavam, de certa forma, a rede pública, enfrentaram fortes resistências dos setores privatistas no interior do aparelho de Estado, mas avançaram em função da própria degeneração das instituições nos estertores do regime militar. Em maio de 1984, as AIS passaram a ser implementadas com base nos seguintes princípios gerais:

Responsabilidade do poder público; integração interinstitucional, tendo como eixo o setor público; definição de propostas a partir do perfil epidemiológico; regionalização e hierarquização de todos os serviços públicos e privados; valorização das atividades básicas e garantia de referência; utilização prioritária e plena da capacidade potencial da rede pública; descentralização do processo de planejamento e administração; planejamento da cobertura assistencial; desenvolvimento dos recursos humanos e o reconhecimento da legitimidade da participação dos vários segmentos sociais em todo o processo (SCOREL, 2009, p. 191).

Esses princípios revelam o quanto o discurso assumido pelo governo incorporou boa parte das propostas defendidas pelo movimento sanitário, em parte porque ele era funcional aos interesses legitimadores do regime e, em parte, devido à própria participação

de componentes do movimento sanitário nas instituições do Estado. Contudo, essa avaliação relativamente positiva das AIS não era consensual no movimento. Campos (1988, p. 185) critica essas ações por suas “insuficiência e omissões, não propriamente por seus objetivos” e considera que tanto em 1975 como nos anos seguintes, não ocorreu qualquer ruptura com o modelo assistencial. O autor critica a ideia de que as medidas racionalizadoras representaram mudança na política de saúde, e considera equívoco grave a visão de que essas medidas constituiriam “parte essencial de uma reforma sanitária viável, plausível e eficaz, e não o estabelecimento de correções internas ao modelo privatista, necessárias à sua própria reprodução e expansão” (CAMPOS, 1988, p. 180).

O autor considera que, além das dificuldades impostas pelos “setores progressistas da burocracia governamental” e pela resistência da iniciativa privada e de seus defensores no aparelho de Estado, há que se levar em conta os problemas relacionados aos limites teóricos e da prática política do movimento sanitário. Esses limites decorrem, na opinião do autor, dos diagnósticos restritos que são feitos diante dos problemas, dentro da mesma lógica do pensamento racionalizador, ao buscar “impor reformas ‘por cima’, por intermédio do aparelho estatal, o que requer a participação no governo, seja lá qual for a composição de forças que ele represente” (CAMPOS, 1988, p. 181). Assim, ficam evidentes as resistências que a estratégia de ocupação de espaços enfrenta no interior do movimento sanitário.

No final de 1983, tem início uma das maiores mobilizações populares da história do país, a luta pelas eleições livres e diretas para a Presidência da República – as Diretas Já. Milhões de pessoas participaram das grandes manifestações, depositando as esperanças no processo eleitoral direto para por fim ao desemprego, aos baixos salários, à miséria, à inflação e à insegurança. Porém, havia muita distância entre os anseios democráticos e de justiça social da maioria, e o desejo do governo militar e das classes dominantes de garantir uma transição controlada. Mais uma vez, repetindo a tradição dos acordos “por cima” das elites brasileiras, diante da pressão social, foi rejeitada a EC que garantia as eleições diretas e construído um grande acordo conservador em torno de Tancredo Neves/José Sarney, uma composição do PMDB com uma dissidência do PDS, o Partido da Frente Liberal (PFL), mascarado com o nome de “Aliança Democrática”.

O movimento sanitário, na sua tática de ocupação de espaços, realizou, no período que antecedeu a reunião do Colégio Eleitoral, uma série de reuniões para discutir uma proposta para o novo governo, incluindo a unificação do MS com o INAMPS. O PMDB assumiu as propostas do movimento sanitário, que indicou representantes para postos-

chave no futuro governo Tancredo Neves (ESCOREL, 2009). Com a morte de Tancredo, seu vice, José Sarney, uma das principais figuras do PDS, assume a Presidência. E, assim, a ditadura militar conseguiu garantir uma transição mais que segura para a democracia. É o início da chamada Nova República, que de nova não tem nada. Mendes (1993) considera que se há aspectos positivos na participação nos espaços institucionais da Nova República como, por exemplo, o conhecimento dos instrumentos de governo, por outro,

fragiliza os setores acadêmicos formuladores da estratégia contra-hegemônica e determina um certo desvio ao determinar uma relevância relativamente forte do espaço institucional frente as possibilidades de acumulação na sociedade civil de capital político para enfrentamento do projeto neoliberal (MENDES, 1993, p. 39).

As expectativas de mudança eram grandes, apesar do novo presidente não ter sido eleito pelo voto direto e ser um opositorista de última hora. Em maio de 1985, foi restabelecida, por meio de lei, a eleição direta para Presidente da República, aprovado o voto para os analfabetos e a legalização de todos os partidos políticos, o que traz de volta à cena política o PCB e o PC do B, minoritários em função da crise internacional dos países do Leste Europeu e do crescimento do PT. No plano econômico, o governo ficou marcado pelo Plano Cruzado, que estabeleceu uma nova moeda e o congelamento dos preços, com o objetivo de controlar a hiperinflação e recuperar o crescimento econômico. Os salários sofreram brutal arrocho e passaram a ser reajustados por um “gatilho”, que dispararia sempre que a inflação atingisse 20%. A população foi chamada a fiscalizar o congelamento dos preços, motivada pela luta contra a inflação. Foi a época dos “fiscais do Sarney”. Entretanto, o Plano não demorou a fazer água e provocar um desabastecimento geral, que resultou na cobrança de ágio. No momento das eleições para a ANC, para o Congresso e para os governos estaduais o Plano já tinha fracassado (FAUSTO, 1995).

Foi também no ano de 1986 que ocorreu um dos principais eventos da luta pela reforma sanitária: a 8ª CNS. A participação de membros do movimento sanitário em postos chave do governo contribuiu para que fosse garantida a participação na Conferência de sindicatos e organizações do movimento social e de trabalhadores de todo o país. Uma evidência dessa influência se verifica na própria presidência do evento, ocupada por Sergio Arouca, então presidente da Fundação Oswaldo Cruz e histórico dirigente do movimento. A 8ª CNS contou com a participação de mais de quatro mil pessoas e foi precedida pela realização de pré-conferências estaduais, e mesmo de algumas municipais, deixando de ser um evento técnico, de profissionais, intelectuais e da burocracia governamental, para se tornar um evento mais democrático.



A 8ª CNS realizou debates muito polarizados, sendo a principal polêmica, o caráter do futuro sistema de saúde: totalmente estatal ou com participação privada. Foi derrotada a proposta de estatização e aprovada a de fortalecimento e expansão do setor público, tendo “como meta uma progressiva estatização do setor” (BRASIL, 1987, p. 12). A porta ficou, portanto, aberta para a participação do setor privado, sob a modalidade de serviço público “concedido” (BRASIL, 1987, p. 2), da seguinte forma:

Os prestadores de serviços privados passarão a ter controlados seus procedimentos operacionais e direcionadas suas ações no campo da saúde, sendo ainda coibidos os lucros abusivos. O setor privado será subordinado ao papel diretivo da ação estatal nesse setor, garantindo o controle dos usuários através dos seus segmentos organizados (BRASIL, 1987, p. 12).

Predominou, assim, a ideia da convivência com o serviço privado e de sua regulação e controle pelo Estado, compatível com o projeto neoliberal para a saúde. Essa proposta talvez tenha ganhado força em função da hegemonia do setor privado na rede de serviços, que influenciou a correlação de forças na Conferência. As demais questões centrais aprovadas foram: conceito ampliado de saúde<sup>30</sup>, saúde como direito de cidadania e dever do Estado, criação de um sistema único de saúde, regido pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços, assegurada a participação da população “na formulação da política, no planejamento, na gestão e na avaliação das ações de saúde” (BRASIL, 1987, p. 10). Em relação à APS, a 8ª CNS apenas sinalizou que os municípios teriam como responsabilidade mínima a gestão dos serviços básicos de saúde, e somente os grandes com a gestão integral do sistema. Entretanto, não foi definida a concepção que deveria nortear esses serviços.

A Conferência também aprovou propostas relativas ao financiamento, cujo eixo foi a criação de um *orçamento social*, que englobasse os orçamentos do conjunto das políticas sociais, repartidos por setor, cabendo à saúde a constituição de fundo único de saúde, para cada nível de governo, para gerir os recursos da saúde, com participação da sociedade organizada. Foi aprovada a fixação de um percentual mínimo sobre as receitas públicas a ser destinado ao financiamento das ações de saúde e a necessidade de uma reforma tributária que “elimine a atual regressividade das formas de financiamento da

---

<sup>30</sup> “Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.” (BRASIL, 1987, p. 4).

política de saúde”, “garanta fontes estáveis de receitas”, “maiores recursos para estados e municípios” e “assegure ao governo federal a capacidade de reduzir as desigualdades regionais”, além de “eliminar as deduções de IR das pessoas jurídicas” e “rever os critérios de deduções de pessoas físicas” do mesmo imposto, entre outras propostas (BRASIL, 1987, p. 20). Estavam estabelecidas, assim, as bases financeiras que permitiriam viabilizar um sistema universal e integral de saúde, questão que será objeto de capítulo específico.

Por último, expressão do clima de politização, a 8ª CNS aprovou resoluções políticas gerais como: garantir uma ANC “livre, soberana, democrática, popular e exclusiva”; “suspender imediatamente o pagamento dos juros da dívida externa”; e “implantar uma reforma agrária que atenda às reais necessidades e aspirações dos trabalhadores rurais” (BRASIL, 1987, p. 7). Também, ficou deliberada a deflagração de uma ampla campanha nacional em defesa do direito universal à saúde, contra a mercantilização da medicina e pela melhoria dos serviços públicos, com vistas à inclusão desse direito na futura CF. Para encaminhar as deliberações, foi aprovada a formação de um Grupo Executivo da Reforma Sanitária, composto de forma paritária entre membros do governo e da sociedade civil organizada.

Em agosto de 1986, o governo constituiu a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) não respeitando a deliberação da 8ª CNS em relação à composição, os representantes dos órgãos estatais e privados de saúde ficaram em maioria. Dos 22 membros, somente seis não eram estatais ou privadas: CUT, CGT, CONTAG, Federação Nacional dos Médicos (FENAM) e Confederação Nacional de Associações de Moradores (CONAM). O governo montou uma Comissão sob seu controle, buscando com isso um deslocamento da luta do terreno social para o interior dos organismos estatais da saúde. Mas, o movimento sanitário já havia construído uma proposta de amplo alcance e consenso social (GERSCHMAN, 1995). Os movimentos organizaram, em 1987, a Plenária Nacional de Entidades da Saúde (PNES), com o objetivo de articular as organizações da sociedade civil em torno de um projeto para a ANC. Para Campos (1988), o pensamento oficial predominou amplamente na produção da CNRS, tanto pela presença majoritária do governo, como pelo despreparo e omissão do movimento sindical.

Novamente a tática de tentar transformar o sistema de saúde por meio da ocupação de espaços institucionais não foi bem sucedida, pois as propostas de mudança não avançavam e os representantes do movimento sanitário foram progressivamente demitidos dos cargos nos ministérios. Quando o INAMPS ainda era presidido por um membro do movimento sanitário, Hésio Cordeiro, em julho de 1987, foi criado o Sistema

Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), cujos princípios básicos também incluíam universalização, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação comunitária.

Para alguns dirigentes do movimento sanitário, o SUDS era o estágio evolutivo das AIS, conforme ressalta Noronha:

a ideia do SUDS (...) a transferência de recursos do INAMPS para os serviços do estado, mediante convênios. Não por prestação de serviços, mas em função de uma programação integrada. A gente procura fazer com que o superintendente do INAMPS seja o secretário estadual de saúde. Caminharíamos para a integração dos serviços, com a responsabilidade das secretarias estaduais de saúde. A ideia é que os estados devam coordenar o processo de municipalização e que o MPAS e o MS sejam uma secretaria nacional de assistência à saúde, dentro de um Ministério da Seguridade Social (NORONHA, 2004 *apud* ESCOREL, NASCIMENTO & EDLER, 2005, p.79).

A ideia era esvaziar o poder dos superintendentes do INAMPS e promover uma descentralização do sistema para o nível estadual, com o objetivo de direcionar os serviços e recursos federais para estados e municípios, inclusive os instrumentos de controle sobre o setor privado. No entanto, a implementação do SUDS não avançou no que tinha de transformação substantiva do sistema de saúde, reduzindo-se a algumas mudanças administrativas (GERSCHMAN, 1995). Campos (1988) contrapõe-se à visão de Hésio Cordeiro de que o SUDS era o início da reforma sanitária, uma vez que ele se resumia a um conjunto de medidas voltadas para uma reestruturação administrativa do aparelho público prestador de serviços de saúde (CAMPOS, 1988).

O autor analisa a ênfase dada à descentralização e à unificação como correções administrativas que não alteraram o modo de produção dos serviços de saúde, resultando no abandono da proposta de mudança do modelo assistencial. Não havia, portanto, nenhum antagonismo entre a estrutura do SUDS e as orientações da Nova República; ao contrário, a dinâmica do mercado tendia a se reproduzir nos estados. Os convênios público-privados, realizados no novo sistema, reproduziam, segundo o autor, a mesma lógica da mercantilização, revelando a subordinação do SUDS aos interesses liberais e privatistas de grupos médicos e empresariais. Os hospitais públicos operavam com o mesmo modelo assistencial de custeio que os privados contratados, realizando uma verdadeira privatização da coisa pública; e os postos do INAMPS continuavam com baixa capacidade resolutiva, servindo apenas como “porta de entrada para os serviços privados” (CAMPOS, 1988, p. 194).

Por outro lado, a PNES conseguiu articular nacionalmente o movimento social na defesa das propostas da saúde na ANC. Da Plenária participavam entidades e diversos movimentos – popular de saúde, sindical, profissionais de saúde, movimento sanitário (CEBES, ABRASCO), e estudantil (UNE) –, partidos políticos – PCB, PC do B, PT, PSB e PDT – e entidades favoráveis à reforma – CONASS e CONASEMS. Essa mobilização das entidades em torno das propostas da reforma sanitária foi fundamental para assegurar a sua incorporação ao texto da nova Constituição. Paralelamente, esse era o momento de maior retrocesso na implementação do SUDS (GERSCHMAN, 1995).

O último período do governo Sarney coincidiu com a ANC. O discurso democrático e voltado para o social, mesmo que apenas retórico do início do governo, foi substituído por propostas conservadoras e privatizantes. A partir do início de 1987, o governo afasta dos cargos os representantes do movimento sanitário. As políticas de descentralização e integração, em curso com a implantação do SUDS, foram praticamente paralisadas. Do ponto de vista geral, a inflação e a dívida externa assombravam o país. (ESCOREL, 2009). A tática de ocupação de espaços sofre uma profunda derrota.

## **2.8 Disputa política público / privado na Constituinte e o SUS**

A ANC merece análise específica, por configurar um novo divisor de águas na história do país, ou pelo menos, essa era a expectativa dos que lutavam por mudanças sociais mais profundas. O país enfrentava problemas graves que se acumulavam desde o seu passado colonial, com perpetuação de históricas desigualdades e privilégios que atravessaram o Império e a República, acentuados nos governos militares. O padrão de desenvolvimento capitalista desigual<sup>31</sup>, próprio de países periféricos que se incorporaram tardiamente ao modo de produção capitalista, no estágio monopolista, acarretou ao lado do crescimento econômico, taxas de exploração acentuadas, cujas consequências foram o aumento da concentração social e regional de riqueza, cultura e poder. O estágio imperialista converte as nações dependentes nas “novas fronteiras da acumulação acelerada do capital, nas nações centrais e em sua superpotência, os Estados Unidos” (FERNANDES, 1989, p.71).

---

<sup>31</sup> Esse termo é usado por Florestan Fernandes para designar, histórica e sociologicamente, a coexistência em um determinado país de vários antigos regimes. Esse é o caso do Brasil que, segundo o autor fomentou esse tipo de desenvolvimento “seja para deslocar populações livremente e localizar os exércitos de trabalhadores desocupados em lugares estratégicos, para a desvalorização do trabalho e diminuição da capacidade de luta de classes do movimento sindical e operário, seja para manter e acelerar formas de acumulação capitalista originárias, em contradição com o capitalismo monopolista” (FERNANDES, 1989, p. 220).

Nesse contexto, a Nova República, preocupada em garantir a continuidade da transição “lenta, gradual e segura”, gestada pelo regime militar, garantiu a convocação de um Congresso Constituinte, contrariamente aos anseios dos setores de esquerda que lutavam por uma Constituinte exclusiva, autônoma e soberana. Essa ANC foi, portanto, composta por parlamentares eleitos em 1986, que acumularam as funções de congressistas e constituintes; assim, já nasce limitada. Fernandes (1989) destaca, em suas análises sobre a questão, o peso econômico que as elites dominantes jogaram no processo eleitoral para garantir ampla maioria na defesa de seus interesses, processo facilitado pela vigência do Plano Cruzado. Um perfil político dos 559 constituintes, realizado pelo Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar (DIAP), revelou o seguinte: “direita” - 200, “centro” - 210, “centro-esquerda” - 97 e “esquerda” apenas 52 (RODRIGUEZ NETO, 2003).

Entretanto, as classes trabalhadoras desgastadas pelo agravamento da crise econômica, com seus nefastos efeitos sociais, e despertadas para a luta pelos diversos movimentos que brotaram no período de abertura, particularmente as “Diretas Já”, souberam aproveitar as brechas abertas para a apresentação de emendas populares e foram à luta por seus direitos. A ANC, mesmo limitada, configurou-se na arena onde se concentrou a luta de classes em torno de diferentes projetos para o país. De um lado, os setores empresariais dominantes, representados por suas organizações, como a União Democrática Ruralista (UDR) e a União dos Empresários do Brasil (UEB), pelos partidos da ordem (PDS, maioria do PMDB, PTB e outros), apoiados pelo governo da Nova República. De outro, os trabalhadores organizados em seus sindicatos e partidos (PT, PCB, PCdoB, PSB, PDT e setores do PMDB), e os movimentos populares (moradia, saúde, educação, mulheres, negros, índios, entre outros).

A luta no terreno parlamentar, dada a composição da ANC, assumiu uma configuração muito mais favorável aos interesses dominantes. Mesmo assim, a pressão dos setores organizados e a insatisfação popular com a crise econômica abriram brechas para a disputa política. Assim, a CF assumiu a configuração de uma “colcha de retalhos”, com duas matrizes exclusivas perpassando o texto constitucional – “o conservadorismo burguês, de matriz reacionária e pró-imperialista” e o projeto de “reforma social”, articulado pelos que representaram os interesses das majorias (FERNANDES, 1989, p. 347). De um lado, preserva-se a ampla herança do passado, inclusive, a tutela militar, de outro, atende-se várias reivindicações dos trabalhadores e abre-se as portas para inovações avançadas, como é o caso da política de saúde. Apesar das conquistas em termos de liberdades individuais e

direitos sociais, Fernandes (1989) considera que o resultado legitimou a pilhagem típica da acumulação de capital que ocorre nos países periféricos. Como exemplos, destacam-se: privatização da coisa pública, com transferência da riqueza do setor público para o setor privado (rejeição da proposta de não destinação de recursos públicos para escolas privadas e aprovação da participação do setor privado no sistema público de saúde); não aprovação da reforma agrária, com persistência de uma enorme concentração fundiária ao lado da crescente miséria dos trabalhadores do campo (FERNANDES, 1989).

Para Fernandes (1989), o filtro conservador deixou passar as aspirações e exigências que se conformavam com mais facilidade a seus interesses e valores. No quadro em que se desenvolveu a ANC não se poderia esperar mais do que a superação da ditadura militar anti-operária e a passagem para uma democracia burguesa com ampliação da participação social. O resto teria que ser conquistado pela luta de classes, que seria dura, para evitar que os avanços sociais se transformassem em letra morta, como é de praxe na tradição brasileira, e para ampliar as reformas sociais. Segundo o autor, o “mal congênito” da ANC foi a sua dificuldade para funcionar em “um país no qual o desenvolvimento desigual condena três quintos da população a vegetar ou a contentar-se com padrões ínfimos de vida” (FERNANDES, 1989, p. 314).

O campo da saúde foi um exemplo dessa batalha. Uma característica diferenciou a discussão nesse setor, foram apresentadas propostas concretas: da CNRS, da ABRASCO (movimento sanitário) e de partidos políticos (PT e PCB). Os pontos mais polêmicos em discussão foram a participação do setor privado e a questão do financiamento, além do grau de detalhamento do conteúdo constitucional. Mas, a polêmica girou mesmo em torno da participação do setor privado. Nesse sentido, é interessante registrar alguns aspectos do documento apresentado pela Confederação Nacional da Indústria (CNI), criticando o projeto da CNRS:

1. (...) não há de depender somente do Estado a oferta de garantia ao direito natural de Saúde, nem se pode exigir que seja “igualitário” o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis, indiscriminadamente.
2. (...) comete igual excesso, quando atribui ao Estado não somente a formulação da norma, mas também a exclusividade dos serviços. A intenção é totalizante e, nesse ponto, não vemos a gradativa estatização (...), mas a consagração totalitária, via constitucional.
3. (...) não é de “natureza pública” o conjunto de ações e serviços destinados à proteção, recuperação e reabilitação das pessoas. É também de natureza privada tal esforço.
4. (...) o setor privado deve poder prestar serviços de saúde autonomamente, sujeito apenas às leis de fiscalização do exercício da medicina. Não faz parte do setor público, nem deve ser seu mero concessionário.

5. O Sistema Único de Saúde (...) deve referir-se, claramente, ao setor público, não inibindo o funcionamento de um setor privado, paralelo (...) (CNI, *apud* RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 56).

Esse foi o centro da disputa política que perpassou todo o processo constituinte em torno do capítulo da saúde: o espaço do setor privado na prestação de serviços de saúde e o papel do Estado. Os dois grupos que se enfrentaram eram constituídos, de um lado, pelo movimento da reforma sanitária, composto pelo CEBES, ABRASCO, centrais sindicais, associações, movimentos e partidos (PT, PCB e PC do B), que se organizaram em torno da PNES; de outro, o *lobby* exercido pelos principais dirigentes da área privada, hospitalar e da medicina de grupo, representados pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), cooperativas médicas, entre outros. Havia uma terceira posição defendida pelos ministros da Saúde e da Previdência Social, que visavam à preservação corporativa de suas áreas. O setor privado e a representação institucional não apresentaram uma proposta elaborada, restringindo-se a contra-argumentar as propostas do movimento sanitário (RODRIGUEZ NETO, 2003).

As discussões ocorreram, inicialmente, na Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, que aprovou a proposta do movimento sanitário, por ampla maioria de votos, excetuando a questão do financiamento. A proposta foi, então, avaliada pela Comissão da Ordem Social, que aprovou a integração saúde, previdência social e assistência social, no âmbito da seguridade social. Segundo Rodriguez Neto (2003), dois argumentos sustentaram essa proposta: primeiro, a concepção de uma política social integrada, historicamente ligada às ideias do Estado de bem-estar social, contemplando a tendência à universalização dos benefícios sob responsabilidade do Estado, superando a concepção de seguro social, que vincula os benefícios às contribuições; segundo, a necessidade de um financiamento adequado, que seria mais difícil de garantir se cada área fosse organizada separadamente, pois foram descartadas propostas de fundos específicos (reivindicação da Saúde) e vinculação de percentuais orçamentários para setores (RODRIGUEZ NETO, 2003).

Os representantes do movimento sanitário, não defendiam essa integração, pois a consideravam uma ameaça ao comando único do sistema, luta antiga devido à histórica separação entre medicina previdenciária e saúde pública. A proposta aprovada assegurou a cada área a gestão de seus recursos e o repasse de 30% dos recursos da seguridade social para a saúde, que representava um aumento significativo no seu financiamento e, também, da previdência social. Os militantes da reforma sanitária consideraram essa vinculação um

retrocesso, pois defendiam a saúde como área autônoma, com orçamento específico que ultrapassaria tal valor, sem depender dos recursos previdenciários. Tentaram revertê-la por meio da apresentação de emendas por deputados da esquerda, porém, diante da ameaça de obstrução por parte da direita, acederam à aprovação (BOSCHETTI, 2006b).

A fase seguinte, na Comissão de Sistematização, revelou a base social limitada do movimento sanitário. Enquanto a emenda popular pela reforma agrária coletou mais de três milhões de assinaturas e a do ensino público, mais de um milhão, a da saúde teve dificuldade para obter menos de sessenta mil assinaturas. Rodriguez Neto (2003) chama a atenção para a relatividade do ‘avanço’ da saúde em relação ao movimento social como um todo

enquanto o *movimento*, elitizado, profissional, encaminha propostas técnica e politicamente corretas e progressistas, os seus sujeitos principais, os usuários, estão premidos por questões que, longe de serem contraditórias ou distanciadas, são as próprias intermediações da Saúde. Isso não significa negar ou questionar o *movimento*, mas apenas discutir a auto-suficiência de que, em muitos momentos, se revestiu (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 72).

Foram apresentadas quatro propostas compatíveis com a apresentada pela PNES, evidenciando falta de articulação do movimento. Essas propostas tratavam de municipalização, ecologia, piso de gastos para a saúde, medicina natural e terapias alternativas. A emenda da PNES era mais avançada que as propostas anteriores do movimento sanitário, pois incluía: concepção realmente única do sistema, atuação do setor privado apenas como concessão do Estado, numa perspectiva de estatização progressiva; possibilidade de o poder público desapropriar serviços privados necessários à política de saúde; monopólio da importação de matérias primas, equipamentos e medicamentos; sistema estatal de produção e distribuição de insumos farmacêuticos; e destinação de no mínimo 13% das receitas dos diversos entes da federação para a saúde; entre outros.

O setor privado<sup>32</sup> apresentou emenda popular com cerca de setenta mil assinaturas<sup>33</sup>, com as seguintes propostas: universalidade do atendimento; pluralismo de sistemas médico-assistenciais; livre exercício profissional; livre opção do indivíduo; entre outras (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 72). A curta emenda sintetiza a preocupação com a liberdade para o setor privado continuar explorando o mercado da saúde. A Comissão de

<sup>32</sup> Federação Brasileira de Hospitais, Associação Brasileira de Medicina de Grupo, Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde, Associação Brasileira de Hospitais e Instituto de Estudos Contemporâneos da Comunidade.

<sup>33</sup> Segundo Rodriguez Neto (2003, p. 72), havia uma “monotonia de endereços constantes da lista de assinaturas”.



Sistematização aprovou uma proposta bastante reduzida em relação às questões apresentadas pela emenda, mas o movimento considerou que, excetuando a retirada do monopólio para a compra das matérias-primas, equipamentos e medicamentos, a proposta preservava as ideias centrais da reforma sanitária.

A proposta aprovada na Comissão de Sistematização foi duramente criticada pelo governo Sarney e pelo empresariado, considerada um reforço ao estatismo e ao burocratismo estatal em detrimento do “pluralismo econômico”. Diante da possibilidade de os avanços conquistados pelos “de baixo” serem maiores que os tolerados pelos “de cima”, e ameaçarem os planos de continuidade do modelo vigente, o governo articulou um bloco, o Centro Democrático, conhecido como “Centrão”<sup>34</sup>, para dar um verdadeiro golpe na ANC, derrubando o regimento e instituindo outro, que lhe permitiu controlar o processo final, apresentando seu projeto de Constituição, com mais de 280 assinaturas. Ocorre, então, uma divisão no principal partido da ordem, o PMDB, nasce o PSDB, que mais tarde ocupará um papel relevante na implementação do receituário neoliberal. Assim, foi desconsiderado todo o processo anterior, e o Centrão apresentou um novo projeto inteiro de Constituição. Os avanços na área social foram o principal alvo, a política de saúde a mais afetada (FERNANDES, 1989; BOSCHETTI, 2006b).

A proposta do “Centrão” para a área da saúde atendia às reivindicações do setor privado: não garantia pelo Estado de acesso universal e igualitário às ações de saúde; participação do setor privado de forma complementar ao sistema público (por fora dele), mantendo sua vinculação com os recursos públicos; SUS integrado apenas por serviços públicos, preservando a duplicidade público/privado; entre outras. Esse projeto representava um retrocesso até mesmo em relação às mudanças em curso no sistema (SUDS). O movimento sanitário adotou a tática de apresentar emendas que recuperassem o teor aprovado anteriormente. Como resultado das negociações, manteve-se a proposta de participação do setor privado, via contrato de direito público, proibindo a destinação de recursos públicos para a iniciativa privada por fora do SUS. O setor privado, assim, garantiu o fundamental: sua participação na assistência com recursos públicos (RODRIGUEZ NETO, 2003).

---

<sup>34</sup> O “Centrão”, composto pelos segmentos mais conservadores do PMDB, PFL, PTB e PDS, além de outros partidos, configurou-se, no entender de Fernandes (1989), na articulação dos estratos mais altos da burguesia, abrangendo “os principais atores, em termos de ideologias e interesses de classes, do golpe de Estado de 1964, e os arquitetos dirigentes decisivos (...) do pacto conservador de 1984 e da concepção da ‘Nova República’ como a via prática da transição lenta gradual e segura”. Por isso, articula “o grande capital nacional com as multinacionais e o sistema capitalista mundial de poder; e agrega todos os tipos de privilégios, arcaicos e modernos, típico de nosso desenvolvimento desigual” (FERNANDES, 1989, 259).

Outra polêmica se deu em torno da “natureza pública” ou não dos serviços de saúde, com suas implicações para a relação público/privado. Na visão do movimento sanitário, a “natureza pública” pressupunha que só o poder público poderia atuar nesse campo, podendo delegar a terceiros, mediante concessão ou permissão, a execução desses serviços. Esse termo foi substituído por “relevância pública”, numa manobra da direita para tentar reduzir a importância pública da saúde. Com o tempo, esse termo adquiriu o significado de controle dos serviços públicos e privados pelo poder público.

Uma emenda do setor privado incluiu a expressão “diretamente ou através de terceiros” sobre a execução pelo Estado dos serviços de saúde, matando de vez a ideia da estatização progressiva. O resultado final foi a constituição de dois sistemas de saúde, o único, que na realidade é somente o público, paralelo ao sistema privado, que poderá participar do primeiro mediante contrato de direito público e submetido a suas normas e diretrizes. Rodriguez Neto (2003) ressalta, ainda, que essa participação complementar e não supletiva, significa um espaço garantido e próprio e não, como o movimento sanitário queria, o exercício ‘em nome’ do setor público. Assim, como uma “colcha de retalhos”, a CF de 1988 refletiu a correlação de forças daquele momento histórico, com avanços importantes como: conceito ampliado de saúde; saúde produto de determinações sociais, econômicas e políticas; saúde como direito universal e obrigação do Estado, mediante a organização de um sistema único, descentralizado, integral, equitativo e com controle social. Mas, deixando indefinido o financiamento e garantindo a continuidade da exploração privada de serviços de saúde (RODRIGUEZ NETO, 2003).

Para Mendes (1993), nos últimos anos da década de 1980 ocorreu a substituição do modelo médico assistencial privatista pelo projeto neoliberal. O autor sustenta essa conclusão, diferente da maioria dos autores que identifica o início do neoliberalismo com o governo Collor, apoiado na análise de que o tripé que compõe esse projeto – privatização, descentralização e focalização – constituiu-se no eixo orientador das políticas desse período. São expressões dessa política: financiamento e expansão do setor privado via INAMPS, além de mecanismos de subsidiamento direto e indireto; desconcentração de ações via AIS e SUDS, sem descentralização proporcional da decisão política e dos recursos; e propostas de APS seletiva, dirigida aos pobres. O resultado é a configuração de uma ‘universalização excludente’<sup>35</sup>, em que um sistema segmentado, oferta diversas

---

<sup>35</sup> Favaret Filho & Oliveira (1989) *apud* MENDES, (1993) conceituam “universalização excludente” como o processo em que a ampliação do acesso ao sistema de saúde dos segmentos mais empobrecidos é acompanhado de medidas de racionalização, acarretando queda da qualidade da assistência, com consequente

modalidades assistenciais a diferentes grupos sociais, de acordo com sua inserção sócio-econômica. O sistema público passa a ser o lócus de atenção aos “de baixo”, enquanto o setor privado, todos os que podem pagar: uma conformação altamente discriminatória, perversamente inequitativa e socialmente injusta.

A herança com que o SUS terá que lidar pode ser assim sintetizada: programas de saúde pública verticais que fragmentam as ações no nível local; excessiva centralização das decisões no plano federal; divisão dicotômica entre saúde pública e assistência médica (previdenciária); predominância do setor privado na área de assistência médica, particularmente hospitalar; serviços básicos focalizados para populações mais pobres. Esse legado remonta à criação das CAPs, em 1923, quando se iniciou a oferta de assistência médica aos trabalhadores filiados, mas se acentuou durante o regime militar (LIMA, FONSECA & HOCHMAN, 2005). A proposta de mudança do modelo assistencial e, especificamente, de qual concepção de APS deveria nortear essa mudança, não foi devidamente aprofundada no processo de luta pela reforma sanitária.

## **2.9 Retrocesso neoliberal e surgimento do PSF**

Com a CF de 1988, inicia-se um novo capítulo na história da saúde no Brasil. Em 1989, após intensa polarização, é eleito Fernando Collor, apoiado num discurso de crítica ao Estado e seus “marajás”, a expressão local da política hegemônica no plano internacional, o neoliberalismo. Logo iriam aparecer os limites da democracia conquistada. O novo presidente, imbuído da ideia de reduzir o papel do Estado, o grande responsável pela crise, e de derrotar a inflação, edita Planos que seguem à risca o receituário neoliberal: redução do gasto público, estímulo às exportações, “modernização” privatista do Estado e arrocho salarial (ANTUNES, 2004). Nesse contexto, a implementação da reforma sanitária é bloqueada. O governo não cumpre a determinação constitucional de destinar 30% dos recursos da seguridade social para a saúde e adota outras medidas que reduzem os gastos no setor, que passam de 2,32% do PIB, em 1988, para 1,51%, em 1991 (GERSCHMAN, 1995).

Em 1990, uma nova batalha é travada pelos defensores do SUS. Com o não cumprimento da determinação constitucional de regulamentação da seguridade social em seis meses, mais uma vez, a mobilização da PNES forçou à apresentação de projetos por

---

expulsão do sistema dos segmentos sociais das camadas médias e do operariado mais qualificado. Outra consequência desse processo seria a expansão do setor privado de assistência médica.

parlamentares e a aprovação da Lei nº 8.080/1990 – a Lei Orgânica da Saúde (LOS). Porém, o governo vetou questões estratégicas, como os critérios de repasses financeiros automáticos e regulares para as esferas descentralizadas e a organização do controle social. Nova mobilização resultou na aprovação da Lei nº 8.142/1990, contemplando as questões retiradas da lei anterior. Porém, mesmo com a regulamentação aprovada, não houve avanço na questão do financiamento e da descentralização, muito menos foi convocada a 9ª CNS, cujo prazo de quatro anos da anterior vencia naquele ano (RODRIGUEZ NETO, 2003). O governo Collor transformava as conquistas sociais em letra morta, apesar da resistência.

Enquanto no plano nacional o SUS foi praticamente paralisado, em alguns municípios ocorreram experiências relevantes que revelaram as potencialidades do sistema em responder às necessidades de saúde da população, mesmo que limitadas pelos insuficientes financiamentos federal e estadual. Um exemplo ocorreu em Santos, com a gestão de uma coligação de centro-esquerda liderada pelo PT, iniciada em 1989, cujo secretário de saúde, David Capistrano da Costa Filho, era um destacado militante do movimento sanitário. A implantação do SUS foi priorizada, com a organização de uma rede de unidades de APS – as policlínicas<sup>36</sup>, em todas as regiões da cidade, articuladas a ambulatorios de especialidades de referência. Santos também ficou conhecida pela ousadia de seus programas de saúde. A resposta à epidemia de AIDS incluiu um programa de troca de seringas para a prevenção da transmissão do vírus entre usuários de drogas injetáveis. O programa de saúde mental, iniciado com a intervenção no manicômio local, implantou uma rede de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS)<sup>37</sup>, que funcionavam 24 horas para dar apoio aos usuários e suas famílias, concretizando a chamada reforma psiquiátrica. O programa de internação domiciliar foi pioneiro no país nesse tipo de cuidado (GERSCHMAN, 1995; CAMPOS & HENRIQUES, 1997).

Para viabilizar uma estratégia ousada de implantação do SUS, o município ampliou os gastos com saúde, chegando em 1992 a 13,5% do orçamento e a 16% nos anos de 1993 a 1996 (GERSCHMAN, 1995). Além disso, mesmo antes da regulamentação da participação social no SUS, realizou, em 1990, sua I Conferência Municipal de Saúde, precedida de pré-conferências em bairros, sindicatos e entidades de usuários, constituindo um conselho municipal de saúde, com participação tripartite e paritária de trabalhadores de saúde e usuários (CAMPOS & HENRIQUES, 1997). Outros municípios também

---

<sup>36</sup> Policlínicas são “as unidades que compõem a rede descentralizada de serviços de saúde no município; constituem o núcleo do modelo santista de atenção à saúde (...). Seu nome reflete a necessidade de uma

<sup>37</sup> O Ministério da Saúde adotou esse tipo de serviço como referência para a saúde mental, denominando-o de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), instituído por meio da Portaria GM 224/92.

avançaram na organização dos serviços de saúde, cada um a seu modo, buscando dar resposta às necessidades de saúde de suas populações. Assim, diversificaram-se as experiências, particularmente na APS, umas mais ousadas, com mais recursos, outras, mais tímidas. Mas, o subfinanciamento federal e de boa parte dos estados foi minando a mudança no seu nascedouro, uma vez que a reforma sanitária emerge no momento em que ganha força, no país, a política de ajuste fiscal.

Os escândalos de corrupção, a recessão, o arrocho salarial, a desindustrialização, e a privatização que dilapidou o patrimônio do Estado, criaram o caldo de cultura que levou ao impeachment do primeiro presidente eleito pós-ditadura militar. Nesse contexto de grave crise institucional que antecede o afastamento de Collor, fragilizado, o governo cede à realização da 9ª CNS, com o tema central “Saúde: Municipalização é o Caminho”. Houve uma grande participação social na preparação da Conferência, envolvendo mais de 50% dos municípios brasileiros. O governo não apresentou um projeto para debate, e as discussões foram dificultadas pelo excessivo discurso técnico dos profissionais e dirigentes, criando um fosso cultural em relação à grande massa de delegados eleitos. O relatório final propõe a agilização da municipalização, respeitando-se as diversidades regionais e assegurando a viabilidade operacional e financeira do gestor local. O principal desdobramento da 9ª CNS foi a elaboração da Norma Operacional Básica 01/93 (NOB 93), a primeira a romper com a lógica do INAMPS, que ainda prevalecia no MS.

A implementação do SUS, após sua regulamentação pelas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90, é realizada por meio da edição de Normas Operacionais. Enquanto a NOB/91 manteve o poder do INAMPS, a centralização federal, e a forma de convênio para as transferências financeiras aos entes federados, a NOB/92, já no contexto da crise do governo Collor, parte do reconhecimento de que o SUS não é o sucessor do SUDS e sua construção é um processo continuado, com estágios diferentes, de acordo com a diversidade do país. Foi constituído o FNS, com recursos antes destinados ao INAMPS. Carvalho (2001) denunciou os malefícios das NOBs para o SUS, ao criar regras acima do que estava previsto na CF e na LOS, em geral, restringindo-as. O autor destaca o não cumprimento da determinação da LOS, de que os repasses federais aos estados, Distrito Federal e municípios deveriam seguir exclusivamente o critério populacional, enquanto não fosse regulamentado o artigo 35. As NOBs, ao contrário, criaram diversos critérios e o Executivo federal não regulamentou esse artigo. Até hoje é mantido o pagamento por produção para os serviços especializados e hospitalares, fator que estimula distorções.

O legado de crise, desemprego e recessão constituem os problemas a ser enfrentados pelo governo Itamar, que contará com condições políticas mais favoráveis, compondo um amplo leque de forças políticas, da centro-esquerda à direita. Esse governo foi marcado por permanentes ambiguidades, apresentando, de um lado, um discurso de defesa do “social” e, de outro, a manutenção do projeto “modernizador” e de privatização, bem ao gosto dos interesses do capital (ANTUNES, 2004). Na área da saúde, foi aprovada a Lei nº 37.116/1993, que extinguiu o INAMPS, mas sem alterar o quadro de desfinanciamento do SUS. O movimento sanitário busca alternativas para reverter a situação. Os deputados Waldir Pires (PSDB) e Eduardo Jorge (PT) apresentam a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 169/1993, que recupera a proposta dos 30% de recursos da seguridade social para a saúde, contido no ADCT (art. 55), e institui o mínimo de 10% das receitas resultantes de impostos para todos os entes federados. Reinicia-se a batalha pela vinculação constitucional de recursos para a saúde.

Do ponto de vista da operacionalização do SUS, ocorrem alguns avanços com a NOB/93. Documento elaborado pelo MS, CONASS, CONASEMS e outras entidades não governamentais, intitulado “A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, que precede essa norma, constata a situação incipiente do processo de descentralização/municipalização e responsabiliza a posição contrária do governo federal e de muitos governos estaduais e municipais pela situação. Além disso, considera que o modelo econômico está na raiz das precárias condições de vida e saúde da população, com centralização de recursos e poder, extrema desigualdade de renda e não priorização por parte do Estado da execução de políticas sociais que atendam as necessidades básicas da população. A NOB/93, apoiada nesse documento, prioriza as instâncias de deliberação do SUS (as Conferências e os Conselhos) e estabelece fóruns institucionais de pactuação – a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as Comissões Intergestores Bibartites (CIB) – a primeira de âmbito nacional e a segunda, estadual (ANDRADE, 2001). Essas instâncias foram resultado da pressão de estados e municípios, diante da resistência à descentralização por parte da gestão federal (CARVALHO, 2001).

A NOB/93 institui o processo de descentralização negociada, que consistia no preenchimento de requisitos, previamente acertados, por parte de estados e municípios que, assim, assumiriam diferentes níveis de responsabilidades e prerrogativas, configurando três estágios de gestão – incipiente, parcial e semiplena – conforme as condições técnicas e políticas de cada ente. Entretanto, mesmo restrito a uma reforma administrativa, esse processo revela as limitações e dificuldades dos municípios brasileiros para assumir novas

responsabilidades em relação à saúde. Em dezembro de 1997, quatro anos após a adoção da NOB/93, apenas 62,84% dos municípios estavam habilitados em algum tipo de gestão, a maioria (47,56%) em gestão incipiente e apenas 2,89% em semiplena. Ou seja, a imensa maioria dos municípios, somados os não habilitados e aqueles em gestão incipiente, encontrava-se na condição de meros prestadores de serviços (ANDRADE, 2001). Entre os percalços enfrentados para a implementação da NOB/93, Carvalho (2001) destaca o recorrente bloqueio de mais recursos para a saúde, fundamentais para a implantação da norma, em função da redução à metade no governo Collor.

Em 1994, último ano do governo Itamar, é lançado o Plano Real, início de uma nova etapa da adesão do país às políticas econômicas monetaristas, ditadas pelo Consenso de Washington. Com o avanço do controle da inflação, o Plano conquistou apoio social e garantiu a eleição do ministro da Fazenda, FHC. A política desenvolvimentista (1950 a 1980) que levou o país à industrialização e ao crescimento econômico, com suas marcas antissociais e autoritárias, foi substituída pelo projeto de “transnacionalização radical da economia, das finanças e da política”, que garantiu a acumulação sem precedentes da riqueza em mãos privadas, sem oferecer nada à população, excluída dos circuitos globalizados da riqueza (FIORI, 2001, p. 15). A adoção das políticas ultraliberais thatcheristas levou à abertura radical dos mercados nacionais, ao ajuste fiscal e à privatização do patrimônio estatal brasileiro, cujas consequências foram: desindustrialização, recessão, desemprego e aumento da concentração de renda.

A nova forma de autoritarismo – o totalitarismo neoliberal – identificou na CF recém-aprovada (qualificada como “retrocesso burocrático”<sup>38</sup>) um obstáculo a ser superado. Sucederam-se as contrarreformas constitucionais que visaram à retirada de todos os empecilhos ao avanço das políticas de flexibilização do mercado e do trabalho. O “reformismo constitucional” objetivava criar condições para os sucessivos ajustes fiscais e reduções dos direitos sociais, ao sabor da instabilidade permanente da estratégia econômica. “Liquefazer a Constituição para poder coagular as regras da política econômica” (FIORI, 2001, p. 22). As políticas sociais perdem o caráter universalizante, previsto na CF, reduzindo-se à “distribuição focalizada de alguns sanduiches para pobres”, cada vez mais reduzidos pela prioridade de redução dos gastos (FIORI, 2001, p. 80).

---

<sup>38</sup> O PDRAE caracteriza a CF de 1988 como “um retrocesso burocrático sem precedentes”, “ao estender para os serviços do Estado e para as próprias empresas estatais praticamente as mesmas regras burocráticas rígidas adotadas no núcleo estratégico do Estado”. Além disso, considerou um retrocesso a estabilidade e as regras de aposentadoria dos servidores. O retrocesso na “descentralização” e os “privilégios” dos servidores seriam obstáculos ao processo de privatização adotado como um dos eixos da política neoliberal (BRASIL, 1995, p. 20).

O autor ressalta que a adesão ao receituário neoliberal foi produto de decisão política das elites econômicas e políticas brasileiras, cujo projeto de inserção internacional, visava à atração de investimento estrangeiro, o carro-chefe do “novo modelo”. O capital financeiro flexibilizou as fronteiras, passando de um país a outro sem qualquer tipo de preocupação ‘civilizatória’ com a periferia do sistema. Mas, durou pouco a ilusão liberal, a crise chega à Argentina, que adota um novo plano de estabilização (1990), posteriormente ao México (1994) e aos tigres asiáticos (1997), assolando o Brasil em 1999. A assinatura do acordo com o FMI submete o país à sua tutela e à do Tesouro americano, que passam a controlar rigorosamente o cumprimento de metas fiscais e monetárias, e da política industrial e comercial. O governo transfere, assim, a sua “capacidade de decisão” sobre a política econômica para os organismos financeiros internacionais, que definem os objetivos e prioridades da nação brasileira, por vários anos (FIORI, 2001).

A afirmação do economista norte-americano Barry Eichengreen “ou se limita a mobilidade dos capitais ou se limita a democracia” (FIORI, 2001, p. 32) caracteriza bem a opção feita pelo governo FHC, desde o início, quando reprimiu duramente a greve dos petroleiros. O padrão de relação com os sindicatos e os movimentos de trabalhadores visava ao enfraquecimento das organizações sindicais e populares, além da fragilização dos partidos políticos e do parlamento, reduzindo a democracia ao mínimo necessário para a implementação de suas políticas antissociais. Neoliberalismo não combina com democracia.

A política de saúde foi duramente atingida. O PDRAE, que norteou a redução do Estado, caracteriza como estatal apenas o núcleo estratégico<sup>39</sup>: o governo propriamente dito e o setor de atividades exclusivas<sup>40</sup>. A saúde e a educação, são considerados “serviços não exclusivos”, cuja forma de “propriedade ideal” é a “pública não-estatal”. A pretexto de “publicizar” o Estado (eufemismo de privatização), a gestão desses serviços foi progressivamente transferida para ONGs, as denominadas OS ou Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP). Além disso, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), aprovada em 2000, impôs rígidos limites aos gastos públicos, restringindo os investimentos nas áreas sociais, particularmente na saúde e na educação, que dependem da contratação de pessoal para ampliar sua rede.

---

<sup>39</sup> Núcleo estratégico, segundo o PDRAE, “corresponde aos Poderes Legislativo e Judiciário, ao Ministério Público e, no poder executivo, ao Presidente da República, aos ministros e aos seus auxiliares e assessores diretos, responsáveis pelo planejamento e formulação das políticas públicas” (BRASIL, 1995, p. 41).

<sup>40</sup> Atividades exclusivas para o PDRA são aquelas que só o Estado pode realizar. “São serviços em que se exerce o poder extroverso do Estado - o poder de regulamentar, fiscalizar, fomentar” (BRASIL, 1995, p. 41).



Um pouco antes, no último ano do Governo Itamar, surge a última proposta do século XX para estruturação da APS no Brasil, o então denominado PSF, antecedido pela implantação do PACS, em 1991, que teve como uma de suas experiências pioneiras a Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho, da Universidade de Brasília, entre 1974 e 1978, posteriormente levada por um de seus organizadores para municípios do Ceará, onde se expandiu. O PSF assume uma conformação particular de organização da APS, sob influência da medicina comunitária e de experiências internacionais centradas na medicina de família (Inglaterra, Canadá e Cuba), com seus reflexos em iniciativas municipais e estaduais, algumas anteriores ao SUS, como a de Niterói, do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição/UFRGS, do Programa Médico de Família da SES/SP, entre outras. A novidade da proposta é a estruturação de uma equipe, integrando o médico de família com a atuação de agentes comunitários de saúde (ACS), enfermeiros e técnicos de enfermagem (BRASIL, 2010b).

Nada mais elucidativo da condição do PSF nos primeiros anos do que as conclusões de uma de suas coordenadoras: “o PSF nasceu focalizado porque essa era a possibilidade que a conjuntura de 1994 permitia. Os recursos financeiros eram escassos e transferidos aos estados e municípios por meio de convênios” (BRASIL, 2010b, p. 31). Essa afirmação explicita a dimensão das dificuldades impostas pelas determinações políticas e econômicas mais gerais do país. Os três primeiros anos foram marcados pela fragilidade de estruturação e financiamento da proposta, conformando um programa paralelo às estruturas do SUS. Com a edição da NOB/96, iniciou-se uma nova etapa na descentralização, com a instituição de duas modalidades de gestão para municípios (plena da atenção básica e plena do sistema municipal) e para estados (avançada e plena do sistema estadual). Porém, o mais importante foi a instituição de um financiamento específico para a APS, PAB fixo e o PAB variável – incentivos financeiros ao PSF e ao PACS. O financiamento da saúde e especificamente da APS será objeto do Capítulo IV.

Porém, essa divisão entre os níveis de gestão (plena da atenção básica e plena do sistema), instituída pela NOB/96, foi criticada por alguns autores, pois operou uma segmentação na integralidade do sistema, criando dois subsistemas paralelos e independentes e não um único, integrado, o que estava em sintonia com os projetos neoliberalizantes do governo, ao instituir uma cesta básica para uma parte dos cidadãos e deixando espaço para o setor privado crescer, particularmente na atenção especializada e hospitalar (CARVALHO, 2001). O Banco Mundial (BM), em seu Relatório de 1993, propõe pacotes mínimos de serviços como resposta aos problemas de saúde dos países

periféricos; a semelhança com essa proposta originou boa parte da resistência que o PSF enfrentou, ao se configurar como um programa paralelo, dirigido às populações pobres, descobertas de serviços, principalmente da região Nordeste do país. O período que se inicia com a instituição do PSF é o objeto de análise do próximo Capítulo.

## Capítulo III

### A atenção primária à saúde – conceitos e modelos

Considerou-se nesta pesquisa os termos atenção básica e atenção primária como sinônimos, sem com isso ignorar que são polissêmicos e assumiram, em diferentes países e contextos históricos, significados amplamente divergentes. O termo APS apresenta diferentes interpretações: um programa focalizado e seletivo; uma cesta básica de serviços; um nível de organização do sistema de saúde, que corresponde aos serviços ambulatoriais, voltados para a promoção e prevenção de doenças mais comuns; uma concepção de modelo assistencial abrangente, cujo eixo é composto por serviços que garantem o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, incluindo ações clínicas e de saúde pública, voltados a toda a população. Para diferenciar, adotou-se a terminologia APS seletiva para os modelos mais restritos, focalizados. No Brasil, em função da descentralização, há uma composição de modelos devido à grande diversidade de experiências municipais.

Alma-Ata representou uma concepção abrangente que pressupunha a vinculação dos serviços primários ao sistema de saúde, além de ações intersetoriais que buscassem intervir nos determinantes do processo saúde-doença. Com a crise econômica a partir dos anos 1970, e a emergência do neoliberalismo, surge outra abordagem para a APS, que se contrapunha à de Alma-Ata, que era criticada por organismos internacionais por ser muito abrangente. A Fundação Rockefeller, conhecida pela sua atuação nos países periféricos, inclusive no Brasil (Capítulo II), patrocinou uma pequena conferência em 1979, intitulada “Saúde e População em Desenvolvimento” com o intuito de buscar estratégias de saúde mais “custo-efetivas”. O documento base da conferência, denominado “Atenção primária seletiva, uma estratégia provisória para o controle de doenças em países em desenvolvimento”, e a sua composição já revelavam a direção a ser adotada pelo encontro, do qual participaram representantes do BM, da Fundação Ford, da Agência para o Desenvolvimento Internacional dos EUA, entre outros (CUETO, 2004).

A concepção de APS seletiva, que emerge desse encontro, centra-se nas doenças mais comuns nos países periféricos, tais como diarreia e as evitáveis por imunização. São enfatizadas metas alcançáveis e planejamento de custo-efetividade, traduzido em um “pacote de intervenções técnicas de baixo custo para enfrentar as principais doenças dos

países pobres” (CUETO, 2004, p. 1868)<sup>41</sup>. O conteúdo do pacote foi reduzido a quatro medidas, conhecidas pela sigla GOBI, segundo suas iniciais em inglês: *growth monitoring* – acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; *oral rehydration* – reidratação oral; *breast feeding* – aleitamento materno; e *immunization* – imunização. Essas quatro intervenções eram fáceis de monitorar e avaliar, além de serem mensuráveis por metas claras, bem de acordo com a lógica que as inspira. Posteriormente, foram acrescentados os três “efes”: *food supplementation* – suplementação alimentar; *female literacy* – alfabetização de mulheres; e *family planning* – planejamento familiar (CUETO, 2004). As agências internacionais, incluindo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), passaram a financiar essa modalidade de APS, opção adequada às políticas neoliberais de cortes de recursos e de negação da universalidade e da integralidade, substituídas pela focalização das ações na pobreza, com custo reduzido.

Os defensores da APS abrangente criticaram essa abordagem, acusando-a de desviar a atenção das causas sociais das doenças e de se assemelhar aos programas verticais, tão criticados por seus poucos resultados. A reidratação oral, por exemplo, seria apenas um *band-aid* em locais onde deveriam ser providos sistemas de abastecimento de água tratada e de esgotamento sanitário (CUETO, 2004). As críticas dirigiram-se à utilização de tecnologia simplificada, à qualidade do cuidado considerado de segunda categoria, em síntese, uma saúde pobre para os pobres. Pesquisadores de esquerda latino-americanos cunharam duas definições para a APS seletiva: uma atenção à saúde “primitiva” e um meio de controle social da pobreza, um rebaixamento do padrão ouro estabelecido em Alma-Ata.

O encontro de Alma-Ata não especificou como seria financiada a APS. Com a emergência de regimes neoliberais nos principais países industrializados ocorreu uma drástica redução de recursos para países periféricos que levou à adoção da APS seletiva pelas agências internacionais, em meio à crítica generalizada à intervenção do Estado nas questões sociais. Na América Latina, na década de 1980, multiplicaram-se experiências dessa modalidade, concentradas em uma ou duas das intervenções GOBI, subfinanciadas e inseridas em estruturas fragmentadas de assistência. Foi o que aconteceu no Brasil, em experiências como o PIASS e as AIS, que funcionaram como uma tentativa de ampliar a cobertura com projetos de baixo custo, num quadro de crise econômica e de busca de

---

<sup>41</sup> Tradução livre de responsabilidade da autora.

legitimidade pelo regime militar, e também o PACS e o PSF, particularmente nos primeiros anos, conforme discutido no Capítulo anterior.

A ideia de serviços ambulatoriais, que significavam um passo à frente em relação ao consultório individual, remonta ao século XVIII, na Inglaterra e na França, como analisamos no Capítulo I. Porém, a primeira concepção mais elaborada de organização da APS ocorreu em 1920, também na Inglaterra, com o Relatório Dawson, que propôs a estruturação de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, tendo como base os centros de saúde primários, integrados a centros secundários e terciários. As experiências de diversos países com a APS abrangente, proposta naquele Relatório, ocorreu principalmente nos países europeus, com o desenvolvimento do Estado de bem-estar, que organizou sistemas universais, mas também em Cuba e no Canadá. Nos países periféricos e nos EUA, por razões diferentes, predominou a APS seletiva e focalizada. Mais adiante, analisaremos as características da APS nos países europeus.

Starfield (2002), pesquisadora americana reconhecida internacionalmente pelas pesquisas sobre o tema, considera que o conceito de APS desenvolvido em Alma-Ata

em sua ênfase sobre a 'proximidade com as pessoas', parece estranho em países com sistemas de saúde baseados na tecnologia, na especialização, na supremacia do hospital e no currículo das escolas de Medicina que estão sob o controle de especialistas que trabalham em hospitais. Além disso, o princípio de que a atenção à saúde deve ser 'relacionada às necessidades' não é facilmente entendido em países (...) sem nenhum sistema de informação para documentar sistematicamente as necessidades de saúde ou avaliar o impacto dos serviços de saúde sobre eles (STARFIELD, 2002, p. 31).

Um grupo de trabalho da OMS, em 1994, explicitou doze características da APS, que resolvemos reproduzir por considerá-las uma boa referência para uma concepção abrangente de APS:

1. Geral: não é restrita a faixas etárias ou tipos de problemas ou condições;
2. Acessível: em relação ao tempo, lugar, financiamento e cultura;
3. Integrada: curativa, reabilitadora, promotora de saúde e preventiva de enfermidades;
4. Continuada: longitudinalidade ao longo de períodos substanciais de vida;
5. Equipe: o médico é parte de um grupo multidisciplinar;
6. Holística: perspectivas físicas, psicológicas e sociais dos indivíduos, das famílias e das comunidades;
7. Pessoal: atenção centrada nas pessoas e não na enfermidade;
8. Orientada para a família: problemas compreendidos no contexto da família e da rede social;
9. Orientada para a comunidade: contexto de vida na comunidade local; consciência das necessidades de saúde na comunidade; colaboração com outros setores para desenvolver mudanças positivas de saúde;
10. Coordenada: coordenação de toda a orientação e apoio que a pessoa recebe;
11. Confidencial;

12. Defensora: defensora do paciente em questões de saúde sempre e em relação a todos os outros provedores de atenção à saúde (STARFIELD, 2002, p. 53).

Essas características estão em sintonia com os princípios e diretrizes do SUS, em especial, a universalidade e integralidade da atenção, e conformam uma APS acessível, não focalizada em grupos mais pobres ou em agravos mais prevalentes, contemplando a integração de ações curativas e preventivas, apoiada numa abordagem não restrita a aspectos biológicos, que inclui a subjetividade dos indivíduos e a determinação social das doenças. Starfield (2002) identificou quatro atributos essenciais para caracterizar uma APS abrangente: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Consideramos importante uma descrição mais detalhada desses atributos.

A *atenção ao primeiro contato* diz respeito à acessibilidade do serviço, à sua utilização pelas pessoas a cada novo problema ou novo episódio de uma mesma doença. Contempla tanto elementos estruturais, como a distribuição geográfica e a capacidade do serviço de acolher novas demandas, com tempo de espera reduzido, como também, elementos processuais, ou seja, a forma como o serviço se organiza em termos de horários de atendimento e processos de trabalho flexíveis, que viabilizem a entrada de novas demandas (STARFIELD, 2002). Para preencher esse atributo devem ser eliminadas todas as barreiras que dificultam o acesso dos usuários ao serviço, garantindo o acolhimento da demanda no momento da procura. Esse atributo viabiliza um serviço como porta de entrada principal de um sistema de saúde.

Para cumprir esse requisito é necessário, também, que a APS se configure como local obrigatório para acesso aos serviços especializados, uma espécie de filtro para esse tipo de atendimento, o chamado mecanismo de *gatekeeper* (porta de entrada obrigatória), como ocorre, por exemplo, em países com sistemas nacionais de saúde, como veremos mais adiante. Nesses sistemas, há uma clara separação de papéis entre médicos generalistas e especialistas, com uma delegação de poder aos generalistas sobre os outros níveis de atenção. Esse mecanismo pressupõe, também, a inscrição de pessoas, por sua iniciativa, em uma unidade de APS, com liberdade de escolha. A garantia de acesso aos serviços especializados é requisito obrigatório para uma APS abrangente. Sistemas organizados dessa forma são mais aptos para conter a elevação acelerada dos gastos com tecnologias e, portanto, são menos onerosos (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2008).

São conhecidos os benefícios da acessibilidade para reduzir a mortalidade e a morbidade. Ao facilitar o atendimento das necessidades, contribui para o diagnóstico precoce e o acompanhamento adequado dos problemas de saúde, possibilitando o

conhecimento progressivo das questões envolvidas com o modo de adoecer das pessoas vinculadas ao serviço. Como resultado, é garantida uma atenção mais apropriada a cada pessoa.

O segundo atributo de uma APS abrangente, a *longitudinalidade*, significa a capacidade de garantir a continuidade da relação da equipe com o usuário, ao longo da vida, independente da presença de doença. “A essência da *longitudinalidade* é uma relação pessoal ao longo do tempo” (STARFIELD, 2002, p. 248). Para o estabelecimento desse *vínculo* duradouro em substituição às intervenções pontuais com profissionais que variam a cada atendimento, é necessária uma vinculação clara da equipe com a população sob sua responsabilidade, uma adscrição de clientela, territorial ou por meio de inscrição voluntária. Esse atributo é essencial para uma abordagem mais integral e humanizada dos problemas de saúde e para uma orientação promotora de saúde, na medida em que os profissionais passam a conhecer as pessoas sob sua responsabilidade e esses, os profissionais a que estão vinculados. “O paciente é tratado como uma pessoa completa, cujos valores e preferências são levados em consideração” (STARFIELD, 2002, p. 248). A opção por um médico generalista favorece essa integração, pois atende todas as pessoas, independente de idade e sexo, e possui uma formação mais abrangente.

Há inúmeros estudos que demonstram os benefícios da *longitudinalidade*, entre os quais se destacam: melhor prescrição de imunizações recomendadas, melhoria na realização de exames para detecção de câncer de mama, uso mais adequado dos serviços por parte dos que estão com a saúde fragilizada e menos hospitalizações para problemas ambulatoriais simples. Estudos sugerem que médicos que desenvolveram uma relação com seus pacientes são mais capazes de avaliar suas necessidades do que os que não estão familiarizados com eles. Outros estudos revelam que médicos fazem mais diagnósticos precisos e não prescrevem tratamentos desnecessários, se conhecem melhor seus pacientes, suas características psicossociais, reduzindo intervenções não recomendadas e a iatrogenia (STARFIELD, 2002).

O terceiro atributo da APS é a *integralidade (comprehensiveness)* ou *abrangência*. A equipe deve ser capaz de reconhecer um amplo espectro de necessidades relacionadas com a saúde e disponibilizar respostas adequadas a essas necessidades. Essas respostas incluem ações preventivas e curativas, a todas as faixas etárias, desenvolvidas na unidade e fora dela, por meio de encaminhamentos a outros serviços, como ambulatórios especializados, hospitais, internação domiciliar, serviços sociais, entre outros. A integralidade é avaliada, portanto, pela medida com que a amplitude dos serviços

disponíveis permite atender às necessidades da população de forma adequada. Em pequenas unidades, onde há disponibilidade de menor variedade de ações, é preciso garantir acesso aos demais serviços por meio de encaminhamento. Os benefícios da integralidade são semelhantes aos das ações preventivas e da prestação de serviços adequados a necessidades específicas (STARFIELD, 2002).

Os outros sentidos da integralidade, elaborados por Mattos (2001a), também devem ser considerados: a abordagem integral do indivíduo, não reduzido a doenças e a órgãos ou aparelhos, nem descolado de sua realidade social e de suas características psicológicas é facilitada pelo arranjo organizacional da APS. Pressupõe a superação do modelo biomédico, centrado nos aspectos biológicos e na doença, hegemônico na formação e prática dos profissionais de saúde. A integralidade inclui, também, o desenvolvimento de ações intersetoriais, partindo da concepção de que a saúde é produto de determinações sociais, que não podem ser desconsideradas na perspectiva de obtenção de melhoria do nível de saúde de uma população. Esse aspecto foi abordado em Alma-Ata e a CF de 1988 assimilou-o, ao estabelecer que a saúde deve ser garantida pelo Estado, mediante políticas sociais e econômicas que reduzam o risco de doenças e outros agravos.

O quarto atributo da APS é a *coordenação*, que compreende a capacidade do serviço de garantir a continuidade articulada da atenção no interior da rede de serviços. A equipe da APS deve ter conhecimento sobre todos os problemas de saúde da pessoa sob seu acompanhamento, em qualquer contexto em que eles apareçam. *Coordenação* implica harmonia numa ação ou esforço comum, e sua essência é a disponibilidade de informações sobre os problemas e serviços anteriores e a sua utilização para o atendimento em curso. Como nem todas as necessidades podem ser resolvidas na APS, as pessoas são encaminhadas a outros serviços, mas as informações relativas a esses atendimentos devem estar disponíveis para a equipe da APS, responsável por garantir a continuidade da atenção. É o chamado processo de referência e contra referência. Além disso, é preciso que haja uma integração/coordenação também das ações desenvolvidas por diferentes membros da equipe da APS (STARFIELD, 2002).

Com o envelhecimento populacional e a predominância de doenças crônicas e de múltiplas morbidades numa mesma pessoa, a *coordenação* do cuidado assume papel cada vez mais relevante em função da necessidade de consulta a diferentes especialistas. Sem uma *coordenação* adequada dessas ações, com a transferência de informações necessárias e o retorno do paciente ao médico da APS que o encaminhou, ocorre uma fragmentação do cuidado, com consequências negativas para a melhoria da saúde. Uma boa comunicação



entre os profissionais de diferentes serviços e os da APS é um elemento essencial para um cuidado integral com melhores resultados para o paciente (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2008).

Há três outros atributos, considerados derivados daqueles, que caracterizam a APS: *centralidade na família, orientação para a comunidade e competência cultural*. A *centralidade na família* apoia-se na ideia de que o conhecimento sobre as famílias contribui para compreender o contexto no qual ocorrem os problemas das pessoas e, assim, ajuda a delimitar os diagnósticos possíveis, incluindo as predisposições genéticas ou culturais a determinadas doenças, e na decisão de intervenções mais apropriadas às condições de cada família. É preciso considerar, entretanto, que nem sempre o contexto em que vive o indivíduo é de uma família tradicional, porém, isso não descarta a importância da abordagem ampliada, seja qual for a natureza dos laços que unem as pessoas que compartilham uma mesma moradia.

A medicina de família surgiu nos anos 1970, nos EUA, embora a formação generalista seja a base da prática médica na APS na maioria dos sistemas de saúde europeus, materializada nos *GPs*. Starfield (2002, p. 68) ressalta que a APS alcança melhores resultados de saúde quando é realizada por “profissionais treinados e organizados para oferecer atenção primária do que por profissionais treinados para focar doenças específicas, sistemas do organismo ou mecanismos patogênicos específicos”, ou seja, especialistas. A formação generalista constitui-se num grande desafio para o Brasil, pois tem predominado a orientação para a especialização, segundo o modelo flexneriano, questão que será melhor abordada em outro capítulo desta pesquisa.

A *orientação para a comunidade* surge na concepção de APS desenvolvida em Alma-Ata, que procurou destacar a dimensão social da determinação da doença, cuja abordagem não poderia, portanto, restringir-se a aspectos clínicos individuais, mas incorporar conhecimentos da distribuição da doença na população e dos fatores sociais, ambientais e do trabalho relacionados com o processo saúde-doença. O conhecimento sobre a ocorrência de problemas de saúde na população não pode se basear exclusivamente no atendimento médico, porque no máximo um terço desses problemas resulta em busca por atendimento. Para o conhecimento adequado sobre determinado agravo é preciso uma base populacional, e não apenas as percepções individuais de cada profissional. A *orientação para a comunidade* é uma

abordagem da atenção primária que utiliza habilidades epidemiológicas e clínicas de forma complementar para ajustar os programas para que atendam às necessidades específicas de saúde de uma população definida (STARFIELD, 2002, p. 537).

A epidemiologia por ter como objeto o estudo da distribuição das doenças e de seus determinantes na população é uma das ferramentas que permite ampliar o conhecimento e a abordagem dos problemas de saúde de uma determinada população. Starfield (2002) destaca, também, a contribuição das ciências sociais, além da medicina clínica e da epidemiologia nos processos necessários para a atuação da equipe da APS, tais como: caracterização da comunidade, identificação de suas necessidades e problemas de saúde, adequação dos programas para o atendimento dessas necessidades e monitoramento dos resultados decorrentes da implementação das ações. Por último, a chamada *competência cultural* diz respeito ao reconhecimento de diferentes necessidades de grupos populacionais, suas características sociais, étnicas, raciais e culturais, que determinam diferentes visões e representações sobre o processo saúde-doença.

Essa concepção mais abrangente de APS, entretanto, não leva em conta as relações de classe na determinação das doenças, considerando, como na medicina preventiva, o social como mais um fator entre os que devem ser abordados na análise do adoecimento. Essa visão volta a reaparecer no cenário internacional, após as décadas de 1980 e 1990, quando os organismos vinculados à saúde, OMS e OPAS, começam a operar uma reviravolta, ao menos no plano dos documentos, como será analisado mais adiante.

A OPAS lança, em 2005, o documento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas”, no qual reconhece os problemas decorrentes da hegemonia do modelo da APS seletiva e das políticas econômicas neoliberais na região e a necessidade, diante dos novos desafios para a melhoria da saúde, de retomar o legado de Alma-Ata, afirmando a necessidade de focar o sistema como um todo e a APS como centro estruturador. Essa visão da APS representa uma reviravolta nas propostas defendidas até então, pois afirma como valor central o direito ao mais alto nível de saúde possível, e como elementos estruturadores, a cobertura e o acesso universais, atenção integral e integrada, ênfase sobre a prevenção e a promoção, participação social ativa, organização e gestão otimizados e recursos humanos apropriados, além da garantia de recursos suficientes para uma cobertura e acessibilidade universais. Chama a atenção a retomada do discurso da universalidade, o que não significa uma estatização de serviços, pois prevê a integração público/privado na prestação da assistência (OPAS, 2005).

O diagnóstico que o documento da OPAS faz sobre as barreiras à implementação eficaz da APS guardam semelhança com a crítica que o movimento sanitário fez do sistema brasileiro: sistemas segmentados e fragmentados; falta de comprometimento político; coordenação inadequada entre os diversos níveis de gestão; políticas de ajuste e programas verticais; investimentos insuficientes no sistema de saúde; gasto público concentrado em especialistas, hospitais e alta tecnologia; fraco investimento na formação de recursos humanos e nas suas condições de trabalho; relações de emprego inadequadas; cultura de abordagens curativas e biomédicas. Entretanto, a OPAS não menciona como problema a mercantilização da saúde e as políticas neoliberais como determinantes dessas dificuldades.

Porém, entre os principais oponentes ao fortalecimento da APS, a OPAS destaca: os médicos especialistas e suas associações; os hospitais, principalmente, aqueles com fins lucrativos; a indústria farmacêutica e algumas organizações de defesa de interesses. Estão aí incluídos grupos entre os mais poderosos do ponto de vista financeiro e político, que atuam de forma organizada para impedir o avanço de reformas na saúde. A OPAS parece reconhecer que os rumos da política de saúde são o resultado da luta de interesses em torno dos recursos do Estado.

Nessa mesma direção, a OMS lança, em 2008, relatório anual intitulado "Cuidados de Saúde Primários – agora mais do que nunca", no qual enfatiza a necessidade de adoção da APS como forma de diminuir as desigualdades de acesso. O relatório reafirma a constatação de que entre países com mesmo grau de desenvolvimento econômico, os que organizaram seus sistemas em torno dos cuidados primários apresentam melhores resultados. As três tendências mais preocupantes observadas nos sistemas de saúde seriam: centralização na oferta de cuidados curativos especializados; prestação de serviços fragmentada por doenças; e abordagem *laissez faire* de governos, facilitando a expansão da comercialização desregulamentada da saúde. A OMS parece sinalizar que para proteger a saúde das populações é preciso por algum limite à ganância dos mercados, porém, deixa claro que a preservação da ordem é o que está em jogo, pois as iniquidades decorrentes desse tipo de prestação de saúde “constituem uma ameaça à estabilidade social” (OMS, 2008, p. xiv). Isso é reforçado ao se destacar o significado social do setor saúde e a crescente preocupação dos políticos<sup>42</sup>.

---

<sup>42</sup> Como exemplo é mencionado o fato de que é revelador que os temas associados à prestação de cuidados de saúde tenham, em média, sido referidos mais de 28 vezes em cada um dos debates para as eleições primárias nos Estados Unidos (OMS, 2008, p. xiv).

Ao retomar os princípios estabelecidos em Alma-Ata, a OMS avalia que a sua não implementação deveu-se a tendências externas ao setor saúde, como o “ajuste estrutural”, o que levou a APS a ser compreendida não como um conjunto de reformas, mas como mais um programa “que prestava cuidados pobres a pessoas pobres” (OMS, 2008, p. v). As propostas de “reformas” atuais, conforme o documento, vão além dos serviços básicos e abarcam o “conjunto de elementos estruturantes do sistema”, exigindo “políticas ambiciosas de recursos humanos”. São apontados quatro conjunto de reformas: 1) garantia da cobertura universal dos sistemas de saúde, contribuindo para a equidade em saúde; 2) reorganização dos serviços de saúde em torno das necessidades das pessoas, com base na APS; 3) implementação de políticas públicas que garantam comunidades mais saudáveis, integrando ações de diversos setores; e 4) substituição de gestões baseadas apenas no “controle autoritário ou no *laissez faire* descomprometido do Estado”, por uma que negocie e garanta a participação social (OMS, 2008, p. xvi).

A OMS sinaliza, ainda, a necessidade de o Estado cumprir um papel mediador entre os diferentes interesses em torno da saúde, não deixando que o liberalismo selvagem ponha em risco a continuidade da estrutura social. Diante do aprofundamento da crise econômica e da ameaça que pode representar para o capital a deterioração das condições de vida, parece que esse resolve operar uma inflexão na sua orientação para a organização de serviços de saúde para os países periféricos. Essa guinada pode, também, estar relacionada com os interesses envolvidos com a expansão do acesso a serviços de saúde, que significa ampliação da capitalização do setor, na medida em que reconhece a necessidade de expansão de ações para além da APS.

Em 2010, uma publicação da OPAS, dirigida ao Brasil, intitulada “A Atenção à Saúde Coordenada pela APS: Construindo as Redes de Atenção no SUS”, caminha na mesma perspectiva de fortalecimento do SUS a partir da APS. Entre as estratégias para o alcance desse objetivo, o documento destaca: novos mecanismos de financiamento para a APS, com ampliação dos gastos federais e estaduais; ampliação de cobertura da estratégia Saúde da Família (SF) até atingir 75%; fortalecimento do apoio do MS e das SES à APS; infraestrutura adequada para a APS, com financiamento para construção e reforma de unidades; profissionalização da gestão e da gerência de unidades, com introdução da gestão da clínica na APS; melhoria dos processos educacionais na graduação e na pós-graduação, com foco na APS; relações de trabalho mais estáveis e satisfatórias, com o reforço dos regimes estatutários, a implantação de planos de carreira e a criação de fundos

de equalização salarial; implantação de equipes multiprofissionais, além dos que compõem a equipe mínima da SF.

Essa mudança nas propostas da OMS e da OPAS em relação à APS está sujeita a interpretações e implementações distintas e o seu resultado dependerá das disputas entre as forças sociais, cujos interesses envolvem a implementação das políticas de saúde. A proposta de cobertura da SF até 75% revela a concepção de que a APS e, portanto, o SUS, deve ser garantido apenas para os que não podem pagar planos privados. A predominância do subfinanciamento e da segmentação dos sistemas de saúde dirigidos a diferentes clientela, segundo seu poder aquisitivo, sinaliza a persistência do modelo liberal-privatista e a redução do alcance de mudanças que terminam por negar o acesso universal à saúde como direito.

A experiência dos países europeus com a APS pode servir de referência para a análise da situação brasileira, guardadas as diferenças históricas, sociais e econômicas que configuram contextos distintos. As conformações que a APS assumiu nesses países estão relacionadas às modalidades de financiamento, que seguem duas concepções de proteção social: a beveridgeana, dos serviços nacionais de saúde (*NHS*) e a bismarckiana, dos seguros sociais de saúde (*Social Health Insurance – SHI*). No primeiro modelo, o financiamento se dá principalmente por meio de recursos fiscais, o que garante o acesso universal, como direito de cidadania, independente da vinculação ocupacional. Exemplos dessa modalidade são: Reino Unido, Suécia, Dinamarca, Itália, Espanha, Grécia e Portugal. No segundo, o financiamento advém principalmente das contribuições de empregadores e trabalhadores, proporcionais aos salários, cuja consequência é uma assistência destinada aos segurados, e onde a universalização é garantida apenas em contextos de pleno emprego. São exemplos: Alemanha, Áustria, Bélgica, França, Holanda, Irlanda e Luxemburgo (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2009).

Porém, as “reformas” neoliberais nos últimos anos têm limitado a abrangência e gratuidade desses sistemas. Em oito de quinze países estudados por Giovanella (2006) existem formas de co-pagamento, desembolsados pelos pacientes no ato do atendimento, em quatro dos sistemas nacionais (Suécia, Finlândia, Grécia e Portugal) e, praticamente em todos os que adotam o modelo dos seguros sociais, à exceção da Holanda. Boschetti (2012) agrupa as reformas segundo os modelos de política social adotados: os da lógica beveridgeana, como a Inglaterra incluíram regras de mercado e concorrência entre os hospitais públicos; os escandinavos optaram por transferir responsabilidades e o financiamento da APS para as municipalidades e os do Sul da Europa transformaram os

hospitais públicos em empresas, reduzindo a participação federal na gestão e no financiamento; os países da lógica bismarckiana adotaram “tickets moderadores” para gastos com medicamentos, próteses dentárias e outros, instalaram a concorrência entre as caixas com a liberalização da escolha pelos usuários e aumentaram as contribuições dos trabalhadores; os Países Baixos restringiram direitos, privatizaram as caixas e segmentaram o sistema. Em síntese, as “reformas” restringiram direitos e elevaram a participação dos trabalhadores

Um aspecto importante a ser destacado são as diferentes composições na relação público/privado. Nos sistemas nacionais, a presença estatal é mais significativa, principalmente nos serviços hospitalares e ambulatoriais especializados, mas com diferentes conformações na APS. Nesse modelo, os médicos generalistas, na maioria dos países, são assalariados e trabalham em centros de saúde (Suécia, Espanha, Finlândia, Grécia e Portugal) (GIOVANELLA, 2006). Porém, no Reino Unido, na Itália e na Dinamarca, houve uma composição com os interesses e a tradição liberal dos médicos. Em vez de se construir uma rede de centros de saúde com servidores públicos, optou-se pelo credenciamento de médicos autônomos que, em seus próprios consultórios ou de grupo, atendem as pessoas inscritas como sua clientela, configurando uma modalidade de APS privada, mas totalmente financiada com recursos públicos (CAMPOS, 2007; GIOVANELLA, 2006). No modelo dos seguros sociais, geralmente há uma separação entre a prestação de assistência médica (com participação privada) e as ações de saúde coletiva (medidas de promoção e prevenção, vigilância sanitária, epidemiológica, etc), dificultando a integralidade da atenção, reforçado pela ênfase dada às ações curativas individuais. Nesses, o vínculo dos médicos generalistas com o sistema se dá como autônomos (LOBATO & GIOVANELLA, 2009).

Nos países europeus, a APS é considerada o local do primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde, realizado por meio de serviços ambulatoriais não especializados, incluindo um leque abrangente de ações preventivas e curativas, que orientam a organização de todo o sistema. A ênfase, entretanto, se dá na clínica e nos cuidados individuais, uma diferença com o modelo adotado no Brasil, que tenta integrar ações individuais e coletivas. O profissional do primeiro contato geralmente é o médico generalista ou de família, principalmente no modelo dos sistemas nacionais, nos quais apenas a Espanha e a Itália contemplam também pediatras nessa função. Nos países com modelo de seguros sociais, como geralmente não há uma organização segundo níveis de atenção, os especialistas podem também ser procurados para um primeiro atendimento.

Nessa modalidade, apenas Bélgica, Holanda e Irlanda incluem somente generalistas na atenção ao primeiro contato (GIOVANELLA, 2006).

A função de *gatekeeper*<sup>43</sup> (porta de entrada obrigatória) foi identificada em sete países de quinze estudados por Giovanella (2006): cinco no modelo dos sistemas nacionais (Reino Unido, Dinamarca, Espanha, Itália e Portugal) e dois no modelo dos seguros sociais (Holanda e Irlanda). Entretanto, na prática, em alguns países, é frequente a procura direta por serviços hospitalares e de emergência, apesar da existência formal desse mecanismo, como é o caso da Espanha, de Portugal, da Finlândia e da Grécia. A porta de entrada obrigatória pressupõe a inscrição das pessoas em um consultório ou serviço de generalista, que se dá geralmente, por livre escolha do usuário. O número de pacientes inscritos por lista ou serviço de médico generalista é bastante variável, entre 1.030 e 1.500, na Itália e em Portugal, respectivamente, e entre 2.350 e 2.500, na Holanda e na Espanha, respectivamente (GIOVANELLA, 2006). Bem inferiores ao número de pessoas vinculadas a uma equipe de SF, no Brasil, até quatro mil<sup>44</sup>.

Há, também, diferentes modos de estruturação dos serviços de APS nos países europeus. O consultório individual predomina nos países com modelo de seguros sociais, à exceção da Holanda, que trabalha com consultórios coletivos. Nos sistemas nacionais, predominam os centros de saúde ou os consultórios coletivos (Reino Unido e Dinamarca), e apenas a Itália adota o consultório individual. Somente os centros de saúde são serviços estatais, embora todas as modalidades sejam majoritariamente custeadas com recursos públicos. As maiores proporções de médicos generalistas em relação ao total de médicos encontram-se no Reino Unido (60%), na França (54%) e na Bélgica (46%). Apenas três países apresentam proporções inferiores a 25%: Suécia (10%), Alemanha (22%) e Portugal (23%) (GIOVANELLA, 2006).

As “reformas” implementadas por governos conservadores, nos anos 1990, em diversos países da Europa, com contenção dos gastos sociais, somados à incorporação crescente de tecnologias caras na assistência à saúde e ao envelhecimento das populações, traduziram-se em diversas medidas restritivas, com o objetivo de racionalizar a demanda, e na introdução de mecanismos de mercado, incentivando a competição entre prestadores e

---

<sup>43</sup> O mecanismo de *gatekeeper* foi implantado nos países com sistemas nacionais de saúde, na década de 1960, estabelecendo uma clara separação entre médicos generalistas e especialistas, delegando ao primeiro o poder de viabilizar o acesso aos demais níveis de atenção (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2009). Representa uma tentativa de controlar o consumo excessivo de procedimentos diagnósticos e terapêuticos especializados.

<sup>44</sup> Segundo a página do Departamento de Atenção Básica: “Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, 4 mil habitantes, sendo a média recomendada de 3 mil habitantes de uma determinada área. Disponível em: < [http://dab.saude.gov.br/atencao\\_basica.php](http://dab.saude.gov.br/atencao_basica.php) >, pesquisado em 10 jul. 2012.

entre seguros sociais, mesmo sem o desmantelamento da estrutura ampliada de proteção à saúde, que conta com amplo apoio social. Do ponto de vista da APS, algumas dessas medidas visavam ao fortalecimento do papel de coordenação do cuidado e à ampliação do leque de ações ofertadas nesse primeiro nível de atenção (GIOVANELLA, 2006). Em termos gerais, essas medidas tiveram como eixos: redução dos custos da assistência médica; busca por maior eficiência; e descentralização, entendida como transferência de parte das responsabilidades do Estado para o setor privado e para as famílias, medidas coerentes com a racionalidade econômica neoliberal. A redução de gastos com a atenção hospitalar, o uso racional de tecnologias especializadas e o reforço de ações de promoção e prevenção ambulatorial, domiciliar e comunitária, são agendas comuns às contrarreformas neoliberais e à proposta da APS (VIANA & FAUSTO, 2005). As diferenças em relação à APS abrangente estariam na garantia da integralidade da atenção, ou seja, no acesso aos serviços especializados necessários à efetivação da coordenação do cuidado, exercida pela APS, sem necessidade de custos adicionais para os usuários.

Na América Latina, diferentemente da realidade europeia, as experiências de APS, geralmente assumiram conformação de programas verticais, seletivos e focalizados nos mais pobres, executados em serviços precários e de baixa qualidade, coerente com a própria configuração que a política social assumiu nessa região, guardadas diferenças entre os países. Dessa forma, a APS atende a objetivos limitados e cobre algumas necessidades definidas, sem garantia de acesso aos níveis mais especializados de atenção. O resultado são sistemas segmentados de acordo com a renda, com enormes desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Esse quadro foi agravado com as políticas macroeconômicas de ajuste estrutural, nos anos 1980 e 1990, com agências internacionais induzindo propostas de APS seletiva. A partir de meados dos anos 2000, com as mudanças em alguns governos, iniciam-se processos de reforma com vistas a superar a segmentação e a fragmentação dos sistemas e ao fortalecimento da APS: na Argentina (a partir de 2004), no Paraguai (a partir de 2008) e no Uruguai (a partir de 2007) (BURSZTYN, 2010).

Um estudo comparado das reformas realizadas na América Latina identificou entre modalidades de integração da APS: APS seletiva no interior de programas materno-infantis, focalizada em grupos prioritários (Bolívia, El Salvador e Nicarágua); APS como porta de entrada e eixo estruturante de um sistema público, mas com manutenção do mix público / privado na oferta de serviços (Costa Rica, Chile e Brasil); e iniciativas isoladas de governos municipais na perspectiva de integração da APS em sistemas baseados em seguros, cuja lógica geral continua essencialmente voltada para a atenção médica curativa



e centrada na instituição hospitalar (Argentina e Colômbia). Concluiu-se que persistem a segmentação e a fragmentação dos serviços, mesmo nos casos de sistemas de base universal (CONILL *et al.*, 2010). Vale observar que a inclusão do Brasil entre os modelos em que a APS funciona como porta de entrada e como eixo estruturante merece reparos, uma vez que há muita concordância acerca da persistência dos hospitais exercendo essas funções.

### 3.1 Propostas de modelos de atenção à saúde no Brasil

Alguns autores (CAMPOS, 1988, 1992; MENDES, 1993) caracterizam a prestação do cuidado em saúde, no período anterior à CF de 1988, como uma forma de produção neoliberal, em função do franco predomínio de formas mercantilistas na organização dos serviços, financiadas com recursos públicos, enquanto o Estado atuava de forma complementar, desenvolvendo apenas ações que não interessavam ao mercado (saúde pública, atendimento de populações não incorporadas ao mercado de trabalho, e serviços altamente especializados que necessitavam de grandes investimentos). A articulação de interesses empresariais com os de médicos e dentistas, junto com a antiga tradição liberal das escolas de medicina, facilitou a manutenção dessa estrutura privatizada de atenção. Para Campos (1992), o grande desafio para a consolidação do SUS, como modelo alternativo ao neoliberal, é superar a lógica mercantil que domina a produção em saúde, cujo ápice encontra-se no hospital.

Nos primeiros anos de criação do SUS, Campos (1989) alertava para a necessidade de superar as leis de mercado, por meio do planejamento das atividades médico-sanitárias que viabilizasse a

síntese entre a saúde pública, que desenvolve medidas de alcance coletivo, geralmente a cargo do Estado, e a atenção médica individual fundada na prática clínica. Essa integração concretizar-se-ia através do desenvolvimento de uma **extensa rede básica** (ambulatorial) de serviços de saúde, competente para desenvolver ações de promoção e de prevenção da saúde, não só da demanda que espontaneamente usa o serviço, mas também de toda a população de uma área programática (CAMPOS, 1989, p. 21). (sem grifo no original)

Essa é uma das poucas reflexões do período que aborda o papel da APS na mudança do modelo assistencial, a partir da integração entre as ações coletivas de saúde pública e a assistência individual. Vale destacar a ausência de registro sobre atenção básica ou APS nos documentos oficiais relativos à concepção e aprovação do SUS, desde a 8ª

CNS até a NOB 96, incluindo aí o Capítulo de saúde na CF e a LOS, conforme pesquisado por Gil (2006). Antes do SUS, a última resolução que aborda a questão da rede básica é a da 7ª CNS, em 1980. Isso não significa que não estivessem sendo discutidas e implementadas diversas propostas de organização da APS, porém elas não chegaram a ocupar o centro das preocupações da reforma sanitária e, quando ganharam importância, ainda nos anos 1980, foi segundo um modelo focalizado e seletivo, como foi o do PIASS.

Modelo de atenção à saúde ou modelo assistencial pode ser conceituado como a representação esquemática de um sistema de saúde, no que tange à prestação da atenção, ou seja, a identificação de seus traços principais, seus fundamentos, suas lógicas, sua razão de ser ou as racionalidades que informam esse sistema (PAIM, 2008). Para Franco & Merhy (2003), a configuração de um modelo assistencial na saúde traduz-se na organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, e de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégia política de determinados grupos sociais. Essas práticas de saúde obedeceriam, conforme Donnangelo (1979), a uma lógica determinada, em última instância, pelos interesses do capital.

O modelo hegemônico, que se consolidou no pós-guerra, caracteriza-se pela lógica medicocêntrica e hospitalocêntrica, que propicia um acúmulo crescente de capital, decorrente do extraordinário desenvolvimento tecnológico e de novos insumos terapêuticos. O cuidado em saúde volta-se crescentemente para o conhecimento especializado, que possibilita a ampliação da utilização de novos equipamentos e fármacos, segundo o modelo flexneriano, cuja abordagem privilegia os aspectos biológicos da doença. A dinâmica capitalista impôs um modo de produção de serviços segundo seus interesses de acumulação: um sistema centrado em procedimentos, no qual as necessidades de saúde são meros acessórios e a medicalização da sociedade é uma estratégia para viabilização de mais ganhos. Esse modelo liberal-privatista, para ser superado, além de transformações sociais mais radicais, exige a mudança do próprio processo de cuidado em saúde, quebrando a centralidade no médico e no procedimento, bases do consumo de produtos de saúde (FRANCO & MERHY, 2003).

Campos (1989) destaca a necessidade de superar os modelos assistenciais mais influentes até então: o higienista tradicional, o liberal-privatista e mesmo a medicina comunitária. O primeiro, voltado exclusivamente para promoção, prevenção e controle de doenças, recusou qualquer integração com a prática clínica, o que o tornou historicamente incapaz de resolver até mesmo os problemas alvo de sua atuação. O modelo da medicina comunitária também não atingiu os objetivos pretendidos por estar preso ao objetivo de

reduzir custos como forma de viabilizar a expansão de cobertura com modalidades simplificadas. Campos (1989) critica a opção da medicina comunitária por médicos generalistas por considerar que, dependendo da realidade de saúde, seriam necessários outros profissionais. Para o autor, as raízes históricas do novo pensamento sanitário estão nas experiências concretas desenvolvidas no socialismo, então existente, e no capitalismo, segundo o modelo dos sistemas nacionais de saúde, apoiado no princípio do direito universal à saúde.

Ao apresentar o SUS como antagônico ao modelo de mercado, Campos (1989, p. 56) ressalta que sua implantação pressupõe como *objetivo estratégico* “o desenvolvimento de uma **ampla rede básica** que garanta, junto com os serviços de pronto socorro, o primeiro atendimento às pessoas”. A distribuição das unidades não seguiria os critérios do mercado, e sim as necessidades de saúde: uma rede básica de serviços, distribuídos geograficamente, articulados aos demais serviços de modo hierárquico e regionalizado, segundo a distribuição populacional e o quadro de morbimortalidade. Para superar a lógica atual fragmentada, seria necessário integrar o atendimento ambulatorial básico às intercorrências clínicas de todas as faixas etárias e às ações de saúde pública, o que exigiria uma radical alteração dos mecanismos de gestão e de financiamento dessa rede.

Aspectos importantes para a organização dessa rede básica são discutidos por Campos (1989): qualificação dos profissionais e incorporação de médicos das especialidades básicas, conforme a necessidade, além de odontólogos, enfermeiros e pessoal administrativo; reorganização da área de apoio diagnóstico e terapêutico, com coleta de exames todos os dias e dispensação de medicamentos em todas as unidades, para que o paciente saia o mínimo possível de sua região; superar o atendimento apenas de pessoas agendadas por programas, com dias definidos para cada atividade, o que restringe o acesso dos usuários; o máximo de atividades devem ser oferecidas todos os dias e em todos os períodos, retirando obstáculos ao acesso dos pacientes; organização da equipe para manter as portas abertas e, em caso de excesso de demanda, organizar um terceiro turno de funcionamento; o atendimento à demanda programada e à espontânea devem ser realizados por todos, assim como as ações curativas e preventivas, evitando a especialização. Outros eixos desse modelo são o desenvolvimento da consciência sanitária dos usuários e a humanização do atendimento.

Todo o esforço deve ser feito no sentido de superar o predomínio do hospital na atenção individual e curativa. A centralidade do hospital deve ser progressivamente substituída pela centralidade da rede básica e pela subordinação daquele às novas formas

alternativas de assistência, com a estruturação de sistemas de referência e contra referência, que limitem a captação autônoma de clientela pelos hospitais e restrinjam a sua atuação àqueles casos que efetivamente necessitam de atenção especializada, reduzindo a realização excessiva de procedimentos. A regionalização da assistência com a vinculação do hospital a uma região e a um conjunto de serviços básicos é fundamental nesse sentido.

Além disso, segundo o autor, é preciso enfrentar o “duplo sistema de autoridade” que existe nesses serviços, com o “corpo clínico” constituindo-se como um organismo independente do comando tradicional, o que permite aos médicos desenvolver suas atividades de forma autônoma, segundo a lógica liberal, umbilicalmente ligada ao mercado. Conforme revelou Foucault, foi a tomada de poder do hospital pelos médicos que o transformou em centro de produção de saberes, ideologias e projetos políticos. É, portanto, necessário mudar o modelo de gerência, tanto do ponto de vista técnico, como político, com a democratização dos processos de decisão e controle, incorporando representação de trabalhadores de saúde e da população, por meio de seu movimento organizado. É preciso romper com a tradição da gestão pública no Brasil de autoritarismo, burocratização, clientelismo e utilização privada do espaço público. Constituir equipes multiprofissionais de saúde em todos os serviços, com vinculação de clientela e liberdade para organizar o processo de trabalho, são meios para atingir os objetivos de melhoria da saúde. Essa participação na organização do processo de trabalho constitui mecanismo essencial para enfrentar a alienação do trabalho e aumentar o compromisso ético dos profissionais com a saúde das pessoas a eles vinculadas (CAMPOS, 1992). Essas transformações pressupõem um processo de disputa política, em que “os de baixo” imponham novas conformações nas relações do Estado com as suas necessidades.

Outro desafio a ser perseguido é a superação da chamada medicina científica, cuja matriz é o modelo flexneriano, biologicista e mecanicista, que reduz a abordagem do objeto de trabalho à objetividade da doença e do corpo, ignorando o doente, sua subjetividade e os determinantes sociais do processo de adoecimento. Assim, a ampliação da clínica, tanto para incorporar o modo de sentir, de perceber e de manifestar a doença e o adoecimento por parte do sujeito, como para levar em conta sua história, trabalho, família e lugar social, na relação que se estabelece entre o sujeito-profissional e o sujeito-doente, é fundamental para romper com o modo neoliberal da produção da saúde. Para essa ampliação é necessário que os profissionais desenvolvam a capacidade de lidar com a subjetividade e adquirir conhecimentos de outras áreas, como a psicologia e a capacidade de estabelecer o diálogo e um verdadeiro trabalho em equipe (CUNHA, 2005).

A descrição da proposta da clínica ampliada tem o intuito de revelar a existência no seio do movimento da reforma sanitária de concepções bem acabadas sobre como transformar o modelo de atenção em saúde hegemônico no país, tendo como ponto de partida a reestruturação da APS. Esse modelo, denominado de defesa da vida, foi desenvolvida por membros do DMPS da Unicamp, no Laboratório de Administração e Planejamento em Saúde (Lapa). Abordaremos outras duas concepções: a ação programática em saúde, desenvolvida pela equipe do DMPS da USP/SP, e a dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) posteriormente conhecida como Vigilância da Saúde, desenvolvida pelo DMPS da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

A proposta da ação programática em saúde é um recurso de natureza essencialmente epidemiológica. Os defensores dessa concepção partem da ideia de que há antagonismo entre as ciências médicas, que tratam da doença individual, e a epidemiologia, que aborda as etapas do processo saúde-doença no nível populacional. No plano prático, isso se traduz em formas diferentes de organizar os serviços, enquanto a compreensão médica pressupõe o atendimento da pessoa que espontaneamente procura por consulta,

epidemiologicamente, a demanda espontânea deve ser dinamicamente **subordinada à demanda normalizada**, estimulada, **reprimida** e suscitada por um conjunto de medidas que têm como objetivo incrementar a saúde da população como um todo, e não apenas acudir a doença de quem estiver doente em um dado momento. No limite, **em casos excepcionais, é possível pensar como ético reprimir coercitivamente a demanda espontânea**; na prática não é preciso, trata-se de normalizá-la através do maior efeito da ação programática (GONÇALVES et al., 1993, p.46). (sem grifo no original)

Assim, a concepção da ação programática em saúde defende a superioridade do atendimento da demanda organizada em programas, definidos com base em estudos epidemiológicos, que identifiquem, por meio de indicadores, os problemas prioritários a serem enfrentados, cuja priorização também envolve processos democráticos. Esses programas pressupõem uma “padronização de atividades”, contendo os “melhores” (no sentido de ‘mais científicos’) critérios de adequação entre meios e fins, tendo como parâmetro de referência a epidemiologia. Os critérios utilizados nessa padronização variariam para populações e períodos diferentes, enquanto a normatização médica tenderia a ser fixa. Além disso, enquanto a padronização clínica reforçaria a autonomia do médico como produtor isolado, a epidemiológica seria uma exigência do trabalhador coletivo (a

equipe), na qual a autonomia é substituída pela avaliação como exigência técnica (GONÇALVES *et al.*, 1993).

A segunda vertente que influenciou modelo da ação programática é a do planejamento, concebido não como forma de economizar recursos de modo a obter deles sua máxima produtividade, mas como uma “ação-efeito de determinantes políticos e ideológicos” com vistas a atingir alguns fins relacionados à melhoria na saúde (GONÇALVES *et al.*, 1993, p. 55). A politização, definida com base nas ideias de transparência, construção do caráter público do Estado e participação real, é defendida como meio de avançar a consciência sanitária que, assim, evoluiria da necessidade de consumo de serviços de assistência médica individual para a consciência de que esses serviços, mesmo de qualidade, não modificam o padrão geral de saúde (GONÇALVES *et al.*, 1993).

Esse modelo, concebido como “controle sobre a doença/saúde” seria oposto a outro, denominado de “consulta”, que priorizaria a assistência médica. Isso fica claro quando uma das autoras pergunta:

como poderia uma tecnologia de intervenção baseada na busca ativa de casos, no diagnóstico precoce, nas ações terapêuticas tanto quanto nas ações educativas e orientadoras da prevenção ou promoção de saúde, **responder de pronto às demandas contidas nas queixas individuais dos doentes**, em face do **modelo de pronto-atendimento da consulta**, por exemplo? (SCHRAIBER, 1993a, p. 26). (sem grifo no original)

Para a autora, enquanto na demanda espontânea a consulta se reduz à necessidade demandada, para o modelo da ação programática em saúde, esse momento desencadeia muitos outros atos, num processo de descoberta de demandas nem sempre reconhecidas pelo doente como necessidade, baseado na própria noção da prevenção e promoção da saúde (SCHRAIBER, 1993a). Nessa oposição entre clínica (atendimento da demanda espontânea), vista como concessão ao modelo médico, e programas voltados para o controle de agravos prioritários, é que reside o centro das divergências desse modelo com o da defesa da vida. A proposta da ação programática de certa forma reproduz o antigo antagonismo que se desenvolveu, historicamente, na política de saúde no Brasil, entre a assistência médica individual, de um lado, e a saúde pública de outro. Dicotomia que o SUS pretendeu superar a partir do princípio da integralidade, mas que sobrevive na prática dos serviços, e que, a nosso ver, o modelo de defesa da vida busca concretizar, na perspectiva de superação do modelo liberal-privatista.

A proposta da ação programática em saúde também adotou entre os elementos estruturais da medicina comunitária, a ampla utilização de agentes não médicos, ligada a outro propósito da programação: a extensão da cobertura. Entre as atividades introduzidas para atingir esse objetivo, incluiu-se a pré-consulta e a pós-consulta médica, realizadas por técnicos de enfermagem, “visando um maior rendimento do recurso mais caro e relativamente mais escasso: o médico. Essas atividades absorveriam partes da consulta médica ‘habitual’” (NEMES, 1993, p. 81). Essa iniciativa recebeu apoio dos médicos e se consolidou, sendo adotada até os dias de hoje, inclusive por equipes de Saúde da Família (ESF). Porém, trata-se de um dispositivo que, segundo a visão que orienta este trabalho, representa um retrocesso no processo de organização do trabalho em equipe, pois, ao retirar elementos essenciais da consulta médica, desobriga os médicos de realizar uma abordagem mais integral dos problemas de saúde, sobrecarregando os profissionais de enfermagem e restringindo, assim, o desenvolvimento de suas próprias atividades (vacinação, aplicação de medicação, realização de curativos, acolhimento<sup>45</sup> de usuários, entre outras).

Retornando à polêmica central entre os modelos, Campos (1991) considera que não há contraposição entre atenção individual e saúde pública, dois mecanismos de intervenção sobre a realidade, confundidos, na proposta da ação programática em saúde, com os dois modelos polares existentes, o liberal-privado e o dos sistemas nacionais de saúde, que utilizam, em diferentes composições, tanto as práticas da clínica/atenção individual como do campo sanitário. Na verdade, a epidemiologia inclui necessariamente a clínica/assistência médica, assim como a saúde pública/ações programáticas baseia-se na clínica. Ou seja, é necessária uma abordagem que integre o individual e o coletivo e não os distancie. Para o autor,

programas são simplesmente recortes de um conjunto de problemas sanitários, definidos segundo critérios supostamente técnicos e epidemiológicos; mas que na verdade, são escolhidos e selecionados antes da aplicação de técnicas de programação a partir de pressões sociais, políticas e econômicas. Uma vez definidos os recortes (...), as ações programáticas são apenas a organização de pedaços de serviços para atender parte dos problemas sanitários (...) (CAMPOS, 1991, p. 59).

---

<sup>45</sup> Segundo Franco, Bueno & Mehry (2003), “o acolhimento propõe, principalmente, reorganizar o serviço, no sentido da garantia do acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado. Oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário como tradução da ideia básica do acolhimento, que se construiu como diretriz operacional” (p. 40). O serviço de saúde deve ser organizado de forma usuário-centrada, partindo da necessidade do atendimento de todas as pessoas; o processo de trabalho deve ser reorganizado afim de que se desloque o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional (equipe de acolhimento), qualificando a relação trabalhador-usuário, que deve se dar segundo parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.

A origem da organização dos serviços públicos de saúde por meio de programas está relacionada, segundo o autor, à decisão dos governos de limitar os gastos com saúde, obrigando a efetivação desses recortes. Relaciona-se, também, com a não realização de uma reforma médico-sanitária que viabilize uma total integração entre a clínica e a saúde pública, fazendo com que a última se limite aos serviços que não interessam ao mercado. A estruturação de um sistema nacional público de saúde pressupõe uma total recomposição da clínica, uma mudança na prática clínica na perspectiva da epidemiologia e da saúde pública, incorporando procedimentos de promoção e proteção à saúde, como também de educação para a saúde. Esses dois campos, a prática clínica e a prática sanitária não são antagônicos, e nem a primeira é incompatível com o interesse público, como fazem crer os defensores da ação programática em saúde. Ao contrário, a sua integração planejada em sistemas nacionais de saúde, limita a ordem liberal, que se apoia na produção e distribuição de serviços segundo as regras de mercado (CAMPOS, 1991)

Segundo Campos (1991), a corrente da ação programática em saúde confunde uma vertente distorcida e medicalizante da prática clínica – o pronto-atendimento – com a clínica como um todo, que é capaz de aliviar a dor física e o sofrimento, controlar doenças e reabilitar pessoas. Não há porque negar a capacidade de a assistência médica produzir saúde, como fazem os defensores do modelo da programação. Procedimentos médico-sanitários, quando colocados à disposição de forma universal e equânime, são essenciais para a melhoria das condições de saúde e a manutenção da vida. O pronto-atendimento, modalidade assistencial que se disseminou no Brasil, no período pré-SUS,

resulta de uma corruptela do ideal clínico, objetivando a extensão do atendimento a milhões de pessoas de baixa renda, de forma a, ao mesmo tempo, assegurar altas taxas de rendimento econômico aos empresários de saúde e legitimidade política aos governantes (CAMPOS, 1991, p. 83).

A clínica não pode ser reduzida à prática do pronto-atendimento, pois esse está ligado à associação entre alta produtividade e baixos rendimentos, garantindo alívio rápido a certos tipos de sofrimento individual, passíveis de identificação imediata e de ações de baixa complexidade, bem ao gosto dos ideais neoliberalizantes. Campos (1991) considera que um sistema de saúde centrado exclusivamente no planejamento e em normas epidemiológicas, que não valorize o sofrimento, expresso muitas vezes por meio da demanda espontânea, resultaria num modelo burocrático, desumano e insensível às necessidades de saúde. Mesmo a epidemiologia possui limitações técnicas para apontar



essas necessidades, que são socialmente definidas e se transformam em políticas, como resultado da disputa entre as forças na sociedade.

Mais recentemente, a proposta de pronto-atendimento volta a ganhar terreno a partir das experiências das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) implementadas pelo governo Sergio Cabral, no Rio de Janeiro, e das unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA) do governo Serra/Kassab, em São Paulo, posteriormente assumidas e financiadas pelo governo federal. No programa de campanha da então candidata Dilma Roussef, em 2010, essa proposta foi apresentada como prioritária, e criticada por reforçar o modelo medicalizante, não contribuir para estruturar o sistema de saúde, e não resultar em melhoria do nível de saúde da população. Porém, uma coisa é certa, possibilita auferir dividendos políticos com a redução de filas.

Entretanto, um sistema de saúde para alcançar legitimidade social não pode se furtar a acolher e trabalhar a demanda espontânea, modificando as respostas oferecidas a ela e buscando avançar a consciência sanitária da população. Serviços que trabalhem centralmente com normas e padronização colhem como resultado enorme rejeição social, decorrente da repressão da demanda, levando ao paradoxo da coexistência de serviços vazios ao lado de imensas filas de desassistidos. Esse debate tem enorme importância para este trabalho, pois, a depender da concepção adotada, somam-se mais dificuldades ao desafio de fortalecer a APS e o SUS. Uma APS baseada em um modelo restritivo, que mantém a dicotomia assistência médica e saúde pública, apresenta limitações na abrangência de suas ações e, portanto, na capacidade de se constituir como porta de entrada do sistema, reforçando a busca pelas emergências hospitalares, geralmente organizadas sob a forma de pronto-atendimento, pautado pela medicalização. A consequência mais grave, além de não conseguir melhorar a saúde da população, seria a perda de base social do sistema público, na medida em que o recorte de problemas exclui parte de usuários que necessitam de cuidado.

O terceiro modelo assistencial que ganhou importância no Brasil foi a proposta baiana de SILOS/Vigilância da Saúde. Esse modelo tem como referência inicial a epidemiologia social latino-americana, que enfatiza o vínculo saúde-condições de vida. Outra contribuição originou-se no Pensamento Estratégico em Saúde, de Mario Testa, baseado nas categorias poder e ideologia, que propõe a necessidade de três diagnósticos (administrativo, estratégico e ideológico) para um melhor conhecimento dos problemas de saúde. Mais tarde, foram incorporadas as contribuições da promoção da saúde. Os conceitos chave dessa proposta são:

- a) território – base da organização do distrito sanitário/sistema local de saúde, concebido como território-processo, inspirado em Milton Santos; como espaço em permanente construção, resultado da disputa política entre sujeitos sociais; noção de distrito sanitário relacionada com a ideia de regionalização (SILVA JÚNIOR, 1998, p. 78; PAIM, 1993);
- b) problema – representação social de necessidades de saúde, derivadas de condições de vida e formuladas por um determinado ator social (MENDES, 1993); esse enfoque pressupõe a interdisciplinaridade;
- c) práticas sanitárias – partindo da elaboração de Donnangelo, concebidas como uma prática social articulada com a totalidade social em suas dimensões econômicas, políticas e ideológicas (PAIM, 1993);

Esse modelo tem pontos de convergência com o da ação programática em saúde, um deles é a ênfase na epidemiologia em relação à clínica:

Se o DS privilegia as necessidades sociais de saúde, traduzidas em problemas pelos agentes dessas práticas, haveria de **recorrer mais à epidemiologia que à clínica** como meio de apreensão do objeto, menos ao médico individualmente no seu “colóquio singular” e mais ao trabalhador coletivo em outras formas de exercício (...). Portanto, os modelos de organização de assistência em DS requereriam mais um **trabalho epidemiologicamente orientado** na perspectiva de uma atenção à saúde, na sua dimensão coletiva do que um trabalho clinicamente dirigido para o cuidado médico individual (PAIM, 1994 *apud* SILVA JÚNIOR, 1998, p. 80). (sem grifo no original)

Apesar de prever o desenvolvimento da assistência médica e do atendimento da demanda espontânea, esse modelo não propõe uma articulação efetiva entre a clínica e a saúde pública, nem concebe uma forma de acolher a demanda “livre”, não programática. Mais que isso, considera ser de “ordem tática” a adoção do princípio da “não rejeição à demanda”, tentando conciliá-lo com a demanda programática, sob o rótulo da integralidade da atenção. Considera que a questão central é desenvolver um modelo assistencial programado para os ‘principais problemas de saúde’ da população (PAIM, 1993, p. 195). O atendimento nas unidades locais é organizado por grupos populacionais (criança, mulher em idade fértil, adulto em geral, idoso), por meio de rotinas para controle dos agravos definidos pela epidemiologia como problemas prioritários.

Há também uma ênfase na vigilância da saúde, o outro nome desse modelo. Esse conceito articula o controle de danos, riscos e causas, não só no plano das vigilâncias (epidemiológica e sanitária), da assistência médica e das políticas públicas, como aponta para a superação dos modelos hegemônicos. De acordo com Paim (2008), a vigilância da

saúde apoia-se na ação intersetorial e sua proposta de reorganização das práticas de saúde no nível local tem como diretrizes: intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ou determinantes); ênfase em agravos que requerem atenção e acompanhamento contínuos; utilização do conceito epidemiológico de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas, ações sobre o território e intervenção sob a forma de operações. Há, portanto, também nesse modelo uma forte referência à epidemiologia.

As três concepções de modelo assistencial, alternativas ao modelo liberal-privatista, influenciarão de forma diferenciada o processo de implementação do SUS, particularmente a APS. A ação programática em saúde e a vigilância da saúde, cuja raiz comum é a epidemiologia, constituídos na tradição da saúde pública brasileira, que incorporou essas matrizes como eixos norteadores, desfrutaram de condições melhores para o seu crescimento.

Para Merhy (1997), entretanto, uma visão transformadora da política de saúde deve desenvolver uma proposta de rede básica mais complexa, pois

teria de ser **não só a porta de entrada** de um sistema de saúde, mas o **lugar essencial a realizar a integralidade** das ações individuais e coletivas de saúde, ao mesmo tempo em que fosse a linha de contato entre as práticas de saúde e o conjunto das práticas sociais que determinam a qualidade de vida, provocando a mudança no sentido das práticas. Deste modo, a **rede básica teria de ser “inventada” tecnologicamente**, não bastando incorporar o que já se acumulou em outras experiências, simplesmente agregando assistência médica à saúde pública (...) sem um repensar mais radical sobre a publicização da gestão do processo de trabalho em saúde e sobre a natureza e o sentido das tecnologias em saúde, além do tipo de incorporação tecnológica (...) desembocaria em uma medicalização do modelo (MERHY, 1997, p. 224). (sem grifo no original)

O autor defende a necessidade de repensar a gestão da rede básica, de modo que essa se baseie na cogestão e na reorientação do processo de trabalho das equipes, tendo como eixos, a construção de unidades usuário-centradas, em contraposição ao modelo hegemônico, procedimento-centrado. Equipes mais autônomas desenvolveriam o acolhimento, o vínculo, a responsabilização e o compromisso com a busca de soluções efetivas como meios para alcançar o objetivo de gerar “maiores graus de autonomização dos usuários, diante do modo de andar a vida” (MEHRY, 1997, p. 227)

### 3.2 A Política de Saúde no Brasil e o Banco Mundial

As políticas voltadas para o mercado, hegemônicas mesmo após a aprovação do SUS, foram deixando suas marcas no sistema em construção, não sem luta e resistência.

Herdeiro de um modelo cujas principais características são a segmentação da clientela baseada no vínculo empregatício, a falta de acesso de enormes contingentes da população, a dicotomia entre ações curativas e preventivas, e a hegemonia do setor privado, principalmente nos serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, o SUS configura-se como uma reforma incompleta por uma contrarreforma destrutiva, pois boa parte de seus princípios e diretrizes até hoje não foram efetivamente implementados. Não se trata de negar os avanços alcançados na ampliação do acesso e mesmo na integralidade das ações (há programas exemplares como o de controle da Aids, transplantes, entre outros), mas para contribuir com o avanço dessas políticas, é necessário desenvolver um olhar crítico que permita identificar os problemas e seus determinantes. Assim, vejamos preliminarmente como se desenvolveram os princípios do SUS.

A universalidade, que se materializa no acesso de todos às ações e serviços de saúde, ainda é um direito a ser perseguido, tanto no que diz respeito à atenção básica quanto aos serviços especializados. Apesar da ampliação do acesso, principalmente aos serviços básicos, esses ainda são insuficientes. A estratégia SF cobre cerca de 50% da população, muito aquém do desejável, e mesmo essa cobertura não se traduz necessariamente em acesso e resolutividade, pois, há insuficiência nas instalações, nas equipes e na integração com os demais serviços. As dificuldades de constituição de redes regionais, devido à chamada municipalização autárquica e ao baixo investimento financeiro, limitam o acesso aos serviços de referência especializada. Alguns autores chamam atenção para a diferenciação entre cobertura e acesso, destacando que acesso significa muito mais do que a existência do serviço, diz respeito à eliminação de barreiras que limitam a obtenção da atenção, que incluem a estrutura da unidade, a composição e qualificação das equipes, e a forma como se organiza o processo de trabalho, restringindo atividades e horários de atendimento a determinados grupos e problemas de saúde.

A integralidade é um dos princípios mais complexos e de difícil efetivação, pois se configura tanto no âmbito do sistema, com o acesso aos diferentes serviços, dos mais simples aos mais complexos, como no âmbito do cuidado em saúde, com a garantia de uma abordagem integral que busque dar respostas adequadas às necessidades de saúde (não apenas a doenças), e com a oferta de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, superando a prática dos programas verticais que fragmentam a atenção. A integralidade implica, também, no desenvolvimento de ações intersetoriais que visem ao enfrentamento dos determinantes sociais do processo de adoecimento, abarcando, portanto, uma ampla gama de políticas e ações de saúde (MATTOS, 2001). Apesar dos avanços, a

formação e a prática dos profissionais de saúde, dominadas pelo modelo biomédico, a persistência de alguns programas verticais, a insuficiência de serviços de média e alta complexidade, a falta de integração da rede básica com os demais serviços, com a não constituição de redes regionais, são problemas a serem superados para avançar na integralidade da atenção.

Esses dois princípios são os que alcançaram maior legitimidade na reforma sanitária brasileira. Entretanto, é preciso levar em conta a reflexão de Campos (2007) que considera essas duas diretrizes compatíveis tanto com o modelo dos sistemas nacionais europeus de cunho socializante, quanto com a tradição liberal-privatista norte-americana. Há diferentes formas, segundo o autor, de garantir esses princípios: de um lado, por meio da ação direta do Estado na implementação de políticas de saúde, de outro, pela ação do Estado como comprador e financiador da assistência, efetivada por organizações privadas e, também, como executor de ações de saúde pública, consideradas não lucrativas. No Brasil, o modelo liberal-privatista foi derrotado na ANC pelo modelo dos sistemas nacionais, mas a disputa em torno dos dois projetos se estende até hoje, resultando numa reforma incompleta, num híbrido, que combina traços socializantes e marcas privatistas, com predomínio crescente das últimas.

Uma especificidade da reforma sanitária brasileira, o controle social, foi estruturado por meio de instâncias de participação social, as Conferências e os Conselhos, concebidos como espaços de elaboração, acompanhamento e discussão das políticas de saúde. Esse controle democrático enfrenta sérios problemas para desempenhar o seu papel. Os determinantes de sua fragilidade não se restringem ao campo da saúde. O contexto de desemprego, reestruturação produtiva, flexibilização das relações de trabalho e fragmentação das lutas sociais levou a um refluxo dos movimentos que surgiram na década de 1970 e 1980, e que se unificaram em torno da luta democrática. O movimento sindical passou a ser hegemônico por correntes pragmáticas, que substituíram a combatividade das lutas por acordos de cúpula em busca de resultados concretos. Além disso, a emergência de um governo com aura de esquerda levou à paralisia de muitas lideranças, vinculadas aos partidos governistas. Esse quadro, somado à pouca experiência em participação social na nossa história, dá margem para que os governos e os setores que defendem interesses privados instrumentalizem a participação social a seu favor. Mesmo assim, ocorreram avanços e conquistas, cujo exemplo recente foi a rejeição pelo Conselho Nacional de Saúde e pela 13ª CNS da proposta do governo Lula, de transformação dos hospitais públicos em fundações privadas. Mas, a participação social, como vem se dando,

não tem conseguido impedir o subfinanciamento e garantir a implementação de políticas vitais para o SUS.

A equidade, diretriz fundamentada no princípio da justiça social, constitui-se em elemento essencial diante das enormes disparidades sociais e de acesso às ações e serviços de saúde, herdadas pelo SUS. Entretanto, apesar de alguns avanços, mantém-se um padrão diferenciado, tanto em termos de condições de saúde, reflexo da enorme concentração de renda, como da distribuição dos serviços entre as diversas regiões do país, com o Norte e o Nordeste dispondo de oferta inferior às demais e, também, no interior dos municípios, devido ao acesso precário nas periferias. O SUS não reverteu a segmentação anterior do sistema de saúde, reconfigurou-a, uma vez que a baixa cobertura de serviços públicos favorece a busca pela assistência privada por aqueles que podem pagar, o que torna o sistema público “especializado” no atendimento dos mais pobres.

O movimento sanitário, cuja composição heterogênea do ponto de vista político e ideológico, tem se posicionado em defesa do SUS nos momentos cruciais, perdeu base social e fragmentou-se em torno de distintas concepções de modelo assistencial e dos caminhos para a construção do SUS. O grupo intelectual responsável pela elaboração das diretrizes da reforma sanitária dividiu-se: uma parte aderiu às políticas neoliberais, outra se voltou para o mundo acadêmico, alguns persistem, organizados em torno do CEBES. O movimento popular de saúde passa por um processo de descenso em suas mobilizações e sua representação nas instâncias de participação, geralmente se restringe às lideranças. Um exemplo de que, apesar da fragilização desse movimento, ele resiste, foi o lançamento do projeto de iniciativa popular para vincular 10% das receitas correntes brutas da União à saúde, após a rejeição dessa proposta pelo Congresso Nacional com apoio do governo Dilma.

Segundo os novos liberais, nesses tempos de recursos “insuficientes”, não há como garantir tudo para todos, portanto, trata-se de garantir alguma coisa para os que dependem do SUS, criando-se a expressão *SUS dependente*, tão criticada por COHN (2009), por consolidar a ideia de segmentação do sistema, de negação da universalidade. Esse quadro não se altera com a emergência do governo Lula. À medida que o novo governo, sustentado por uma ampla coalizão de partidos, que inclui boa parte da direita, mantém as linhas mestras da política econômica, com suas conhecidas repercussões para as políticas sociais, ocorre uma mudança progressiva de setores do movimento sanitário e do movimento social para a sustentação de políticas às quais antes se opunham, como o superávit primário e a privatização via fundações privadas. Reforma privatizante adotada

em países europeus, que transformaram hospitais públicos em “empresas hospitalares”, com autonomia financeira e redução da participação do governo federal na gestão e no financiamento, conforme assinalou Boschetti (2012)

A descentralização foi a diretriz do SUS que mais avançou, mesmo porque não apresenta contradição importante com o receituário neoliberal. Apesar da resistência nos primeiros governos democráticos, com a pressão de estados e municípios, o processo evoluiu segundo a concepção, consolidada no governo FHC, de transferência de responsabilidades para as esferas infranacionais, priorizando organizações não estatais (as OSs), sem a alocação dos recursos necessários à efetivação das novas tarefas, configurando a descentralização/desresponsabilização neoliberal. Entretanto, se a municipalização representou um avanço em termos de aproximação da política de saúde das diferentes realidades locais, em um país de dimensões continentais como o Brasil, também interpôs limites à integração da rede de serviços, que exige a pactuação entre municípios e estados para a garantia de acesso aos serviços especializados e hospitalares, localizados apenas nas cidades maiores. A chamada municipalização autárquica, assim denominada devido ao elevado grau de autonomia municipal, dificultou a regionalização, elemento fundamental para a integralidade da atenção, contribuindo para a persistência da fragmentação do sistema.

Nesse quadro, determinado em grande parte pelo baixo financiamento da política de saúde, conforme veremos no próximo Capítulo, cresce em importância o subsistema privado. Boa parte da população que hoje utiliza o SUS tem como perspectiva a compra de planos privados de saúde, como forma de escapar da precariedade crescente do sistema e das longas filas de espera por assistência. CAMPOS (2011, p. 21) assim sintetizou a situação: o SUS está se transformando num “sistema residual, onde só cabem algumas populações carentes e alguns programas que o mercado não atende”, uma verdadeira “norte-americanização” da atenção à saúde no Brasil. O projeto que foi derrotado na batalha da Constituinte, com a vitória do modelo universal de proteção à saúde, consegue garantir um espaço crescente no sistema de saúde, configurando a denominada *universalização excludente*. A forma como vem se dando a ampliação do acesso, tem viabilizado a incorporação apenas dos setores mais empobrecidos da população, levando a classe média e aqueles que podiam pagar a buscar os planos privados para resolver seus problemas de saúde. Como consequência desse processo, o SUS perde progressivamente base social de defesa e sustentação.

No campo da gestão, ocorreram mudanças importantes no sentido de aproximar o sistema da perspectiva neoliberal, com base nos pressupostos de incapacidade de o Estado gerir de forma eficaz as políticas públicas e na suposta supremacia da racionalidade privada para alcançar melhores resultados. Essa concepção materializou-se na transferência progressiva da gestão e da prestação dos serviços para entidades privadas, cuja elaboração mais acabada no Brasil consubstanciou-se no PDRAE, do governo FHC, conforme abordado anteriormente. A terceirização da gestão de serviços de saúde aumentou a fragmentação do sistema e, mais que isso, trouxe para o seu interior a lógica mercantil de produção de serviços, cujo eixo é a perspectiva de maior eficiência com redução de custos.

Essa configuração das ações de saúde no Brasil não acontece por acaso. É produto de uma política articulada internacionalmente como resposta do capitalismo à crise econômica desencadeada nos anos 1970. A crise da dívida externa faz com que os países periféricos tenham dificuldade de obter empréstimos junto aos bancos privados internacionais; com isso, as instituições de Breton Woods<sup>46</sup> passam a ocupar um papel importante na estabilização financeira internacional. Uma das principais instituições que passam a intermediar a negociação das dívidas e a fornecer recursos para os países endividados foi o BM. A partir de meados dos anos 1980, o BM passa a concentrar sua política de empréstimos em programas de ajuste econômico, em conformidade com o Consenso de Washington (RIZZOTTO, 2000). Segundo essa orientação, pautada pela soberania absoluta do mercado, a superação da crise econômica exigiria uma agenda de medidas neoliberais que incluem a estabilidade monetária, o ajuste fiscal, a abertura e internacionalização da economia, a redução do papel do Estado, considerado o grande responsável pela crise, por meio de privatizações e focalização das políticas sociais (BATISTA, 1994).

Até 1967, entre os empréstimos do BM predominavam as áreas de infraestrutura (energia, transportes e comunicação). Nas décadas de 1970 e 1980, o setor agrícola passa a ser o líder na destinação de recursos do BM, que visava ao desenvolvimento da exploração privada nessa área. Nesse período, outros setores passam a ser objeto desse financiamento, como a siderurgia, a educação e a saúde. Na década de 1990, os projetos da saúde passam a receber mais recursos. É o período das “reformas” setoriais e do combate à pobreza, da emergência do setor saúde como mercado promissor para o investimento privado, do

---

<sup>46</sup> Após o fim da Segunda Guerra Mundial, realizaram-se Conferências em Bretton Woods, que estabeleceu um acordo sobre a nova ordem econômica mundial a partir daí, incluindo o padrão ouro-dólar. As instituições criadas para operar essa política foram o FMI e o BM.



surgimento de importantes doenças transmissíveis (Aids, p.ex.), e no Brasil, do governo FHC. Entre os projetos financiados encontram-se serviços básicos de saúde para o Nordeste rural, controle de DST/Aids, Reforço à reorganização do SUS (ReforSUS), este último denominado pelo BM “Projeto de Reforma do Setor de Saúde” (RIZZOTTO, 2000). A partir daí, o BM passa a formular propostas para as políticas de saúde, no sentido de “contribuir” com os desafios do sistema brasileiro, particularmente, a descentralização, a democratização e a redução de gastos, parte importante da agenda neoliberal.

Rizzotto (2000) ressalta que a participação do BM nas políticas de saúde no Brasil ocorreu mais por meio da apresentação de propostas e diretrizes para a reestruturação do setor, do que propriamente pelo volume de recursos disponibilizados. Os empréstimos representavam menos de 1% da despesa total com saúde; porém, o Banco considerava imperativo interferir para que “os outros 99% da despesa” fossem “aplicados com mais eficiência” (BANCO MUNDIAL, 1991, *apud* RIZZOTTO, 2000, p. 154). Esse critério, considerado central, sinaliza a racionalidade do mercado, crescentemente incorporada à política pública no Brasil, traduzida no PDRAE pela expressão “fazer mais com menos” e repetida pela presidente Dilma quando da regulamentação da EC 29 que manteve o subfinanciamento da saúde.

No documento de 1987, que trata do financiamento dos serviços de saúde nos países periféricos, o BM propõe o fortalecimento dos setores não governamentais, ligados à prestação dos serviços, e a descentralização dos sistemas públicos de saúde. Nesse documento, o Banco “critica duramente os governos que viam a saúde como um direito e que tentavam assegurar gratuitamente o acesso universal a todos os serviços” (MATTOS, 2001b, p. 386). O Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial em 1993: investindo em saúde traz “sugestões” para o redimensionamento da ação dos governos e para o uso dos gastos públicos. Para o BM a intervenção do Estado na área da saúde só se justifica por três motivos: o alívio da pobreza, pois os pobres são mais vulneráveis às doenças; as ações de saúde pública, cujos benefícios não poderiam ser apropriados de forma privada; e a regulação do setor privado, no sentido de corrigir as imperfeições do mercado (MATTOS, 2001b). O ideário neoliberal está aí sintetizado.

Em relação à primeira justificativa, o BM defende claramente a focalização dos serviços públicos para as populações pobres, conforme pode se depreender do seguinte:

Mas para se ter certeza que os pobres tenham de fato acesso a serviços de saúde subsidiados, são talvez necessárias restrições, principalmente no tipo de atendimento que fica a cargo do setor público. Quando se oferece a todos, gratuitamente, todo tipo de

atendimento, os serviços acabam sendo racionados (...). Os programas universais talvez não cheguem até os pobres ou lhes melhorem a saúde. (...). Para se determinar quem deve receber atendimento gratuito é preciso considerar a prevalência da pobreza e a capacidade do país para financiar o atendimento (BANCO MUNDIAL, 1993 *apud* MATTOS, 2001b, p. 387).

Assim, a “sugestão” de um pacote de cuidados essenciais, composto de intervenções selecionadas pelo critério de custo-efetividade, seria o mínimo a ser financiado com recursos governamentais para os que não podem pagar. Há, também, um claro questionamento em relação à prestação direta de serviços pelo Estado; o BM sinaliza a opção pelo financiamento de serviços privados (MATTOS, 2001b). A “sugestão” é que o Estado se restrinja a oferecer serviços essenciais e nas áreas em que a exigência de vultosos recursos limitasse a atuação do setor privado. Os documentos do BM elaborados para o Brasil<sup>47</sup> reforçam a orientação no sentido da ampliação do espaço de exploração do setor privado e de redução do Estado ao papel de regulador e financiador das políticas de saúde. A transferência de recursos para entidades privadas que prestariam os serviços de saúde se justificaria pela sua suposta superioridade em termos de eficiência e qualidade.

Mais recentemente, em 2007, o BM lança um novo documento – “Governança do Sistema Único de Saúde no Brasil: aumento da qualidade do gasto público e da administração de recursos” – com “novas” propostas para a racionalização do gasto público. Dessa vez concentra-se na terceirização, propondo a “gestão autônoma nas unidades maiores, principalmente, os grandes hospitais de referência” e a “gestão descentralizada nas unidades menores”. O repasse da gestão dos serviços para entidades não estatais, por meio de contratos de gestão, tem como pretexto melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços do SUS.

A correlação entre as propostas do BM e as políticas dos governos brasileiros nos últimos anos é evidente. O PDRAE do governo FHC tem como eixos a privatização dos setores produtivos estatais, a transferência da gestão dos serviços públicos das áreas sociais a entidades privadas e a ênfase na regulação do setor privado por meio da criação de agências reguladoras. Isso tudo num contexto de contenção do gasto público para as políticas sociais e de focalização na população mais pobre, cujo exemplo maior foi o Programa Comunidade Solidária. Na área da saúde, o governo concebeu uma política de APS seletiva, focalizada nos mais pobres, o PACS (inicialmente voltada para as áreas contidas no Mapa da Fome) e, também o PSF nos primeiros anos; implementou a

---

<sup>47</sup> “Brasil: novo desafio à saúde do adulto”, de 1991 e “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90”, de 1995.

terceirização dos serviços, via OSs e OSCIPs; criou as agências reguladoras (ANVISA e ANS); e operou uma contenção do gasto que levou à perda de resolutividade dos serviços.

Além disso, concebeu<sup>48</sup> a criação de dois subsistemas de saúde – Subsistema de Entrada e Controle e Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar, fragmentando as ações na perspectiva da racionalidade do gasto, pois os recursos seriam concentrados no primeiro, que representa os cuidados básicos de saúde. O subsistema de referência seria composto por serviços passíveis de privatização, cabendo ao Estado papel regulador, e de prestador apenas nos hospitais universitários e nos de maior complexidade, que não interessariam à iniciativa privada. Os hospitais estatais deveriam ser transformados em entidades públicas não estatais de direito privado. Mesmo os serviços básicos deveriam ser transferidos para a gestão de entidades não governamentais. Felizmente, o governo não conseguiu implementar toda essa proposta. A transformação dos hospitais em fundações de direito privado é retomada pelo governo Lula, embutida no Programa de Aceleração do Crescimento da Saúde (PAC Saúde), o Programa Mais Saúde, da seguinte forma:

o setor saúde consolida-se como um campo gerador de empregos, renda e de divisas, através do esforço de indução do Governo e engajamento da iniciativa privada (...). Não basta acrescentar mais recursos para a prestação de serviços sem uma mudança nos processos de gestão das redes e unidades assistenciais. Mais Saúde inova ao propor novos modelos de gestão como as fundações estatais de direito privado (PAC Saúde – Mais Saúde – Direito de todos / Portal do Ministério da Saúde).

Contudo, o governo não contava com a capacidade de reação das instâncias de controle social do SUS. O Conselho Nacional de Saúde, em reunião realizada em 13 de julho de 2007, deliberou de forma contrária à proposta de criação das Fundações Estatais de direito privado. A 13ª CNS, realizada em novembro daquele ano, também rejeitou essa iniciativa e propôs que o governo retirasse do Congresso Nacional o Projeto de Lei Complementar nº 92/2007, que tratava do tema. Não foi apenas nessa questão que o governo Lula, eleito com o discurso de mudança, optou pela continuidade das políticas neoliberais do governo anterior.

Desde o lançamento da denominada “Carta ao Povo Brasileiro”<sup>49</sup>, ainda na campanha eleitoral, podem ser verificados os rumos definidos para a política econômica:

---

<sup>48</sup> Documento conjunto elaborado pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, em 1995, intitulado “Sistema de Atendimento de Saúde do SUS”.

<sup>49</sup> Documento lançado pela campanha de Lula com o fim de “tranquilizar os mercados”, pesquisado em <http://www2.fpa.org.br/carta-ao-povo-brasileiro-por-luiz-inacio-lula-da-silva>, em 13 de julho de 2012.

A questão de fundo é que, para nós, o **equilíbrio fiscal** não é um fim, mas um meio. Queremos equilíbrio fiscal para crescer e não apenas para prestar contas aos nossos credores. Vamos **preservar o superávit primário o quanto for necessário** para impedir que a dívida interna aumente e destrua a confiança na capacidade do governo de honrar os seus compromissos (CARTA AOS BRASILEIROS, 2002). (sem grifo no original)

Assim, antes da posse já estava delineado o quadro de rendição à política neoliberal com suas severas consequências para as políticas sociais, apesar de o governo dispor de condições políticas extremamente favoráveis à adoção de reformas, em função do amplo apoio social. Também no período de transição, ficou clara a ênfase que seria dada à manutenção da política econômica, com o esforço para tranquilizar o capital financeiro com garantias de continuidade. Em relação às políticas sociais, o relatório desse período fazia menções vagas à educação e à fome. A omissão à saúde já revelava o lugar que esse setor ocuparia no novo governo. O superávit primário no governo Lula não só foi mantido como ampliado, conforme verificaremos no capítulo seguinte (TEIXEIRA & PAIM, 2005).

O governo logo mostrou sua eficiência para garantir o apoio dos homens de negócio e da grande mídia, começando pela “reforma” pela qual todos os governos neoliberais iniciam: a da previdência social. Foram retomadas propostas não aprovadas no governo anterior, graças à resistência dos movimentos sociais e do próprio PT, então na oposição, como a de contribuição de 11% dos aposentados. Essa contrarreforma visou, como as anteriores, à transferência de uma fatia significativa das aposentadorias dos servidores para o setor privado, engordando os fundos de pensão, conforme o interesse do mercado; ou seja, promove uma ampla redistribuição de renda às avessas, entre os servidores de rendimento mais alto e o capital financeiro (MARQUES & MENDES, 2004). Também na questão da terra e da produção agrícola, ficou clara a opção pelo capital, traduzido no apoio ao agronegócio, enquanto destinava recursos insuficientes à efetivação da reforma agrária.

O eixo da política social passou a ser a transferência de renda, por meio do Programa Bolsa Família (PBF), lançado em 2003, a partir da unificação dos programas do governo anterior e integrando a estratégia de combate à pobreza denominada Fome Zero. Essa iniciativa atende às prescrições do receituário neoliberal de focalização, exigências de condicionalidades (na saúde e na educação), prestações reduzidas e critérios de acesso rigorosos e excludentes (STEIN, 2008). Transformou-se no carro-chefe da política social, com a qual, o governo procurava demonstrar seu compromisso com os pobres, ampliando,

assim, sua base de apoio nessas camadas. Ressalte-se que o PBF não se configura como um direito, pois como política de governo, é passível de extinção ou alteração ao sabor das análises e estratégias que interessem aos tecnocratas de plantão. O maior problema é que essa iniciativa é acompanhada pelo enfraquecimento das políticas sociais universais e pelo abandono de reformas estruturais, como a tributária e a agrária, que permitiriam enfrentar o problema da desigualdade social. Com o abandono da universalização e a adoção das antigas formas assistencialistas para os pobres, aos demais resta o mercado como única alternativa (MARQUES & MENDES, 2006).

De acordo com Vianna (2008, p. 15), as duas estratégias da política social nesses tempos de hegemonia neoliberal constituem-se no “empreendedorismo à Yunus”<sup>50</sup> e no “assistencialismo à la Madre Tereza de Calcutá”, pretensos substitutos do Estado de bem-estar e de seu padrão universal de proteção social. Esse “novo” assistencialismo foi defendido pelo presidente Lula quando afirmou que “os ricos não precisam do Estado”, ou seja, a política social é para os pobres. A suposta novidade estaria nas condicionalidades, que funcionariam como mecanismos de “empoderamento”, traduzidos pelas exigências de frequentar cursos, participar de conselhos, etc. Porém, o que essas políticas tentam esconder é a desresponsabilização do Estado, à medida que esse delega ao mercado e à sociedade as tarefas de enfrentamento da questão social, contribuindo, também, para alimentar a ilusão de que os pobres poderão acessar o mercado a partir das linhas de microcrédito e do “empoderamento”.

A política de assistência social, apesar dos avanços alcançados com a instituição do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a descentralização e a participação social, mantém algumas características históricas, entre elas: a abrangência residual (os serviços cobrem só 25% da população que deveria ter acesso aos direitos); o caráter filantrópico, devido à grande participação de serviços privados; e compensatório, em função da ênfase nos programas de transferência de renda, além do superdimensionamento do papel da assistência social na proteção básica (BEHRING & BOSCHETTI, 2006). Pesquisa recente realizada pelo IPEA, divulgada pela *internet*<sup>51</sup> em 04 de setembro de 2012, destaca o fato de que no governo Lula, em 2010, “as políticas de assistência social consumiram R\$ 44,2

---

<sup>50</sup> Muhammad Yunus, economista bengalês, fundador do Banco Grameen, que tem como pilar o fornecimento de microcrédito, sem a contrapartida de garantias, como forma de alavancar o empreendedorismo, ou seja, nas palavras de seus defensores, o empoderamento que, a partir da responsabilidade individual e do pequeno negócio, visa a incluir o pobre no mercado (VIANNA, 2008).

<sup>51</sup> “Com Lula, assistência social iguala educação em gastos federais, diz Ipea”. Disponível em <<http://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2012/09/04/com-lula-assistencia-social-igual-a-educacao-em-gastos-federais-diz-ipea.htm>> pesquisado em 10 set. 2012.

bilhões dos gastos federais, montante equivalente ao utilizado em educação (R\$ 45,5 bilhões)”, o que reforça a denominada “assistencialização” da política social.

Em relação à saúde, já no primeiro ano do governo, algumas medidas retrógradas foram adotadas, deixando perplexos os que esperavam por mudanças: por meio de Medida Provisória, foi autorizada a propaganda de cigarros em eventos esportivos internacionais até julho de 2005<sup>52</sup>; foi liberado o plantio e a exportação da soja transgênica, contrariando recomendações de autoridades sanitárias que propunham mais estudos sobre as repercussões na saúde. Porém, na saúde, a principal marca do governo Lula decorre dos constrangimentos impostos ao seu financiamento, aos moldes do governo anterior. O governo chegou a fechar um acordo com os governadores para que eles pudessem gastar livremente 20% das receitas, o que significava a desvinculação dos recursos da saúde e da educação nos respectivos orçamentos. Isso com o argumento de que se a União podia fazê-lo, por meio da DRU, os estados também poderiam. Foi permanente a tentativa de burlar o cumprimento da EC 29, deslocando recursos de outras áreas para compor o gasto com saúde, como foi feito com recursos para o PBF (TEIXEIRA & PAIM, 2005).

Com as limitações orçamentárias impostas pela política econômica, pela continuidade do ajuste fiscal e pela contenção dos gastos sociais, a política de saúde teve como preocupação central a criação de marcas, a lógica do *marketing* político, apesar dos esforços de alguns dirigentes do MS, militantes da Reforma Sanitária, para manter os compromissos históricos com a construção do SUS. As marcas objetivavam ampliar o apoio da população, uma vez que possibilitam a vinculação da ação com o governo. Essa foi a característica principal dos chamados projetos prioritários, os quais mesmo que atendessem a demandas importantes e resultassem em ganhos para o sistema, não lograram mudanças estruturais, pois se traduziam em ações pontuais e não dispunham de recursos suficientes. Exemplos dessas marcas são: o programa *Brasil Sorridente*, que ampliou o atendimento em saúde bucal, uma das mais sérias deficiências de assistência; o *Sistema de Atendimento Móvel de Urgência*, que buscou organizar uma rede de atendimento de urgências, com ambulâncias e equipes treinadas; a *Farmácia Popular do Brasil*, que visava à ampliação do acesso a medicamentos, via subsídios à venda em farmácias privadas, invertendo a lógica do SUS de destinar recursos públicos para a distribuição gratuita de

---

<sup>52</sup> O governo autorizou a propaganda de cigarros em veículos durante o Grande Prêmio de Fórmula 1, que se realizou em abril de 2003, por pressão da Federação Interamericana de Automobilismo, contrariando a lei e a Constituição, que determinam que a publicidade de tabaco é sujeita a restrições.

remédios, e abrindo espaço para fraudes e desvios de medicamentos, em processos investigados pelo Ministério Público.

Assim, não houve, como se esperaria, uma inflexão na política na perspectiva da efetiva implantação do SUS; ao contrário, algumas propostas encontravam-se na contramão daquelas historicamente construídas pela Reforma Sanitária.

### **3.3 Atenção primária à saúde no Brasil – desenvolvimento recente**

A conformação da APS no Brasil seguiu a mesma lógica da formação do país, combinando o novo com o velho, o progresso com o atraso, mas com uma proporção maior do atraso. As diversas experiências internacionais no campo da organização da APS tiveram seus reflexos e expressões no país, mas adquiriram aqui contornos próprios, relacionados com as especificidades, social e política, conforme demonstrado no capítulo anterior. Foi assim com a experiência norte-americana dos centros de saúde, reduzidos às ações de saúde pública e sem incorporação da assistência médica, como interessava ao setor privado, um dos motivos que a levou a perder espaço na política de saúde daquele país, e que aqui contribuiu para a dicotomia assistência médica individual e saúde pública, que marcou um longo período das ações de saúde. As propostas das medicinas preventiva e comunitária também tiveram seus reflexos locais, com o surgimento de experiências ligadas aos DMPSs e nas propostas de extensão de cobertura implementadas como resposta à crise do modelo no período militar.

Essa evolução originou um mosaico de modalidades de organização da APS, com experiências locais mesclando diversas concepções, consequência também da própria descentralização autárquica que garantiu autonomia aos municípios para organizar sua política de saúde, limitada, entretanto, pelas precárias condições financeiras dos entes locais para implementar o sistema. Como a imensa maioria dos municípios é de pequeno porte, com baixa capacidade de arrecadação de impostos, eles ficam à mercê dos repasses financeiros dos estados e da União, que utilizam, particularmente a última, mecanismos financeiros para induzir a adoção de políticas. Esse foi o caso da estratégia SF, que contou com incentivos específicos federais, mesmo que insuficientes, facilitando a adesão dos entes locais à sua implantação.

Essa mescla de modalidades de APS se expressa, muitas vezes, no interior dos próprios municípios, particularmente nos de grande porte, onde foram acrescentadas as USFs à rede existente de centros e postos de saúde, em áreas desprovidas de serviços.

Porém, pode-se afirmar que há dois grandes modelos que orientam a APS no Brasil: de um lado, o modelo centro/posto de saúde, estruturado segundo a lógica da ação programática em saúde, cujos eixos são a epidemiologia e o planejamento, com médicos das especialidades básicas; e, de outro, o modelo SF, que, por se constituir na estratégia prioritária adotada pelo MS desde 1994, merece uma análise mais detalhada no sentido de compreender como se deu sua evolução, num contexto de contrarreformas neoliberais. Há, também, unidades que funcionam segundo a lógica do pronto-atendimento, particularmente adotada nas portas dos hospitais e serviços de emergência.

Podemos identificar algumas fases no desenvolvimento do PSF: emergência (1994-1995); fusão PACS-PSF (1995-1997); expansão (a partir de 1998). Na fase de emergência, o PSF é apresentado como alternativa diante da necessidade de mudança do modelo de atenção centrado na doença e na assistência médica individual, e marcado pela dicotomia prevenção e cura. A proposta foi precedida por diversas experiências municipais com o PACS, principalmente no Ceará, e com médicos de família em algumas cidades. O PSF preconiza a implantação de equipes (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS, esses últimos selecionados na comunidade), para atender a um número definido de famílias, que são cadastradas possibilitando o conhecimento da realidade de saúde e a elaboração de um diagnóstico dos principais problemas e necessidades. Pressupõe a atenção integral por meio de ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, realizadas na unidade e no domicílio, além da estruturação de mecanismos de referência para garantir o acesso aos serviços necessários.

Essa elaboração, entretanto, se dá num momento de forte desresponsabilização do Estado pela política de saúde, em que as propostas para a área são pautadas pela política de ajuste ditada pelos organismos internacionais, o BM e o UNICEF. O PSF nasce não integrado ao SUS, com uma coordenação vinculada à Funasa, órgão remanescente da estrutura do antigo Ministério da Saúde Pública, paralelo ao sistema. Sua implantação se dava por meio de convênio entre o município e a Funasa, mecanismo precário, mas que estabeleceu contrapartidas municipais que contribuíram para a implantação do SUS, como a exigência de instituição de Fundo e Conselho Municipal de Saúde. Os municípios deveriam privilegiar áreas de risco social definidos pelo Mapa da Fome, o que evidenciava seu caráter focalizado. O financiamento também era limitado, por meio de pagamento por procedimentos realizados, a transposição para a saúde pública dos mecanismos adotados para o pagamento da assistência médica individual, com todas as limitações e distorções



dele decorrentes, como o financiamento inadequado de ações coletivas e a existência de brechas para fraudes (HEIMAN & MENDONÇA, 2005).

Assim, pode-se concluir que, apesar de a concepção do PSF fundamentar-se nas diretrizes do SUS de integralidade e de uma visão ampliada de saúde, sua efetivação foi fortemente influenciada pela lógica restritiva da política social predominante no governo, expressa no PDRAE e na redução significativa dos gastos sociais. Como resultado, temos uma APS seletiva e focalizada, com pouca integração com o sistema, cuja implantação foi dirigida para pequenos municípios das regiões Norte e Nordeste, buscando dar resposta a um conjunto de problemas prioritários dessas localidades, geralmente desprovidas de rede básica de saúde. Como resultado, em 1994, havia 328 ESF implantadas, cobrindo cerca de 1.130.000 pessoas (0,73% da população), evoluindo, em 1995, para 724 equipes, com aproximadamente 3.500.000 pessoas cobertas (2,25%), configurando uma baixa cobertura, além de resolutividade insuficiente, apesar de o número de equipe ter dobrado em apenas um ano (HEIMAN & MENDONÇA, 2005).

No período seguinte, a coordenação do PACS/PSF adquiriu novo status, passando a integrar as estruturas da gestão federal do SUS, especificamente na Coordenação de Atenção Básica, da Secretaria de Assistência à Saúde. Houve também avanço na elaboração de uma nova forma de financiamento a partir da NOB/96, que instituiu o PAB fixo<sup>53</sup> (superando a lógica de pagamento por produção) e o PAB variável, incentivos para o PSF e o PACS, entre outros, com recursos transferidos diretamente do FNS para os FMSs. Essa foi uma inovação importante que, junto com a definição de novas formas de gestão, fortaleceu a descentralização/municipalização, eixo mais importante na implantação do SUS nessa fase. Essas mudanças, entretanto, só passaram a vigorar em 1998, por meio da Portaria GM/MS nº 1882, de 18 de dezembro de 1997.

Outro instrumento importante de formalização do PSF foi a Portaria GM/MS nº 1886, de 18 de dezembro de 1997, que estabeleceu as normas e diretrizes do PACS/PSF, “importante estratégia para contribuir no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar” (BRASIL, 1997). A Portaria define as diretrizes operacionais do PSF da seguinte forma:

---

<sup>53</sup> O valor do PAB fixo foi calculado com base na população de cada município e correspondeu a valores que variavam entre R\$ 10,00 e R\$ 18,00 *per capita*, em função das diferenças entre a rede instalada e do histórico de prestação de serviços na atenção básica. Esses valores, transferidos mensalmente do FNS aos FMSs, ficaram congelados até 2004, quando o valor mínimo foi elevado para R\$ 13,00, por meio da Portaria MS nº 2.024, de 23 de setembro de 2004.

1. Caráter substitutivo das práticas tradicionais das unidades básicas de saúde, complementariedade e hierarquizarão.
2. Adscrição de população/territorialização.
3. Programação e planejamento descentralizados.
4. Integralidade da assistência.
5. Abordagem multiprofissional.
6. Estímulo à ação intersetorial.
7. Estímulo à participação e controle social.
8. Educação permanente dos profissionais das equipes de saúde da família.
9. Adoção de instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação (BRASIL, 1997, p. 10).

Essas diretrizes gerais se encontravam em consonância com os princípios aprovados na CF de 1998 e o PSF foi, dessa forma, apresentado como estratégia para implantação do SUS. A USF foi assim caracterizada:

1. Consiste em unidade ambulatorial pública de saúde destinada a realizar assistência **contínua** nas especialidades básicas, através de equipe multiprofissional. Desenvolve ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, características do **nível primário de atenção**, tendo como campos de intervenção o indivíduo, a família, o ambulatório, a comunidade e o meio ambiente.
2. Configura-se como o **primeiro contato** da população com o serviço local de saúde, onde se garanta **resolutividade** na sua complexidade tecnológica, assegurando-se **referência e contrarreferência** com os diferentes níveis do sistema quando é requerida maior complexidade para resolução dos problemas identificados (BRASIL, 1997, p. 10). (sem grifo no original)

Essa longa citação se justifica para evidenciar que a concepção do PSF se apoiava nos atributos da APS, discutidos anteriormente: primeiro contato, integralidade/abrangência, continuidade e coordenação são claramente identificados na formulação acima transcrita. Porém, entre as proposições inscritas nos documentos oficiais e a sua efetiva viabilização na organização dos serviços, há um longo caminho a percorrer.

Também nessa fase, a proposta sofre importante influência das contrarreformas em curso no Estado brasileiro. Segundo o PDRAE, as ações de saúde, por não se configurarem como atividades típicas de Estado, deveriam ter a sua gestão transferida para organismos privados, as OS e OSCIPS, no processo eufemisticamente chamado de “publicização”. Assim, as equipes passam a ser implantadas por meio de contratos com essas organizações, num processo de fragmentação da gestão e precarização de vínculos trabalhistas, que traria enormes consequências negativas para o alcance dos objetivos propostos.

Nesse período, inicia-se a expansão do PSF para a região Centro-Oeste e para cidades de pequeno e médio porte. Em 1997, o Brasil passou a contar com 1.623 ESF, cobrindo cerca de 5.500.000 pessoas, aproximadamente 6,63% da população (HEIMAN &

MENDONÇA, 2005). Essa expansão, entretanto, apresenta os problemas decorrentes da política de contenção de gastos com a saúde, pois o valor dos incentivos era insuficiente para a estruturação e manutenção dos serviços e para a contratação de profissionais, com garantia de condições de trabalho adequadas e direitos trabalhistas. Situação agravada pelo fato de muitos municípios não disporem de recursos para complementar os repasses federais, e a maioria dos estados não se comprometer com o financiamento da atenção básica.

Em 1998, a NOB/96 entrou em vigor e foi publicado o *Manual para Organização da Atenção Básica*, por meio da Portaria GM/MS nº 3.925/1998, que traduz as diretrizes da NOB para a estruturação da atenção básica, estabelecendo as responsabilidades e ações que deveriam ser progressivamente assumidas pelos municípios, tanto no âmbito da gestão da atenção básica, como também das ações dirigidas a toda a população e a grupos específicos. Esse Manual orienta a inserção da atenção básica nos sistemas municipais de saúde e traz, sobre ela, um conceito abrangente:

A atenção básica é um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. Essas ações não se limitam àqueles procedimentos incluídos no Grupo de Assistência Básica da tabela SIA/SUS, quando da implantação do Piso de Atenção Básica (BRASIL, 1999, p. 9).

Esse documento também contempla as diretrizes do SUS como estruturantes para a atenção básica. O elenco de ações a serem progressivamente desenvolvidas é bastante abrangente, incluindo: educação em saúde, vigilância sanitária básica, vigilância epidemiológica, atendimento de pequenas urgências médicas e odontológicas, ações dirigidas a grupos de maior risco com finalidade preventiva. Apesar de contemplar um leque amplo de ações dirigidas a grupos específicos<sup>54</sup>, foi definido, posteriormente, um conjunto de ações estratégicas mínimas: eliminação da hanseníase, controle da tuberculose, do diabetes mellitus e da hipertensão; e ações de saúde bucal<sup>55</sup>, saúde da criança e da mulher. Essa definição, que sinalizava o mínimo em muitos municípios, configurou-se no

---

<sup>54</sup> Aleitamento materno, imunização, combate a carências nutricionais, controle de infecções respiratórias e doenças diarreicas, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, ações preventivas e curativas em saúde bucal, pré-natal e puerpério, controle de câncer de colo e de mama, planejamento familiar, controle de hanseníase e tuberculose, assistência básica a acidentados no trabalho com notificação, controle de hipertensão, diabetes e obesidade, prevenção de acidentes com idosos e incentivos a grupos de autoajuda, prioritariamente idosos.

<sup>55</sup> As ações de saúde bucal foram inseridas no PSF em 2001, com a criação de incentivos específicos para a implantação de duas modalidades equipe de saúde bucal. A modalidade I é composta por odontólogo e auxiliar de consultório dental e a II inclui o técnico de higiene dental.

máximo implementado, diante das limitações financeiras e técnicas e da qualificação dos profissionais de saúde.

Chama a atenção, o paralelismo que se configura nas formulações do MS para a APS. De um lado, a elaboração em torno da atenção básica como um todo, incluindo centros e postos de saúde; de outro, as proposições relativas à estratégia PACS/PSF. Isso se justifica, em parte, naquele momento, em função da baixa cobertura do PSF e pela necessidade de orientar o conjunto dos municípios sobre suas responsabilidades em relação à atenção básica, independente de sua adesão ao PSF. Porém, essas formulações acabaram por ampliar a distância entre as duas formas de organização da APS, a chamada forma tradicional (os centros/postos de saúde) e o PSF.

A edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 2001, revista em 2002, pretendia iniciar um novo momento na organização do SUS, tendo como eixo central a regionalização, como estratégia para a integração dos serviços básicos com os especializados. A NOAS ampliou as responsabilidades da atenção básica, incluindo o pagamento de procedimentos terapêuticos e de apoio diagnóstico como referência para a atenção básica, constituindo o que foi chamado de Piso de Atenção Básica Ampliado (PAB-A), repassado aos municípios que preenchessem os requisitos para a habilitação estabelecidos nessa norma. Além disso, a atenção básica assumiria papel relevante no planejamento da saúde, estabelecendo prioridades de acordo com a realidade epidemiológica local. Para isso, instituiu-se a Programação Pactuada Integrada (PPI)<sup>56</sup>, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI); este último objetivava a identificação das necessidades de instalação e ampliação de serviços e da contratação de profissionais com vista à ampliação do acesso.

A NOAS pretendia avançar a regionalização e a integração dos serviços básicos com os especializados e reafirmava a perspectiva da APS como principal porta de entrada do sistema. Porém, esses mecanismos não resultaram em avanços na organização do sistema, provavelmente por dificuldades relacionadas à falta de vontade política dos governos, expressa principalmente nas restrições financeiras; pois, para ampliar o acesso seriam necessários mais investimentos, tanto na atenção básica como na especializada. E os tempos não eram de aumento de gastos em saúde; ao contrário, no ano de 2000, houve uma nova investida no sentido de conter os investimentos nas políticas sociais, realizada

---

<sup>56</sup> A PPI constituiu-se no instrumento de planejamento das necessidades identificadas a partir da atenção básica e formalizada por meio de pactos intergestores para garantir acesso da população aos diferentes níveis do sistema, mediante uma proposta de regionalização das ações.

com a aprovação da LRF<sup>57</sup>. A Lei estabeleceu limites rígidos para a despesa com pessoal para todas as esferas de governo, excluindo as contratações via terceirização, o que levou a uma ampliação sem precedentes dessa modalidade, particularmente nas políticas que dependem de pessoal para a realização de suas ações, como é o caso da saúde. Dessa forma, a expansão do PSF se deu basicamente por meio de contratos com terceiros, via ONGs, OS e OSCIPS, como já vinha sendo estimulado pelo governo federal, de acordo com a contrarreforma do Estado.

Merhy & Franco (2002) consideram que a agenda que colocou o PSF na ordem do dia tem a marca dos projetos neoliberais, e questionam o potencial mudancista do PSF em relação ao modelo hegemônico; pois, ao apostar na oposição epidemiologia x clínica e utilizar de modo central a primeira, sob o enfoque da vigilância da saúde, o PSF perde potência transformadora. Segundo os autores, o binômio epidemiologia/vigilância da saúde ocupa um lugar importante na estruturação dos serviços de saúde, mas não é suficiente para dar conta da complexidade das necessidades de saúde (MERHY & FRANCO, 2002). Em muitas situações enfrentadas pelas equipes de saúde, a clínica é o campo de conhecimento competente para atender às necessidades apresentadas. É aí que residiria

um dos principais erros do movimento sanitário brasileiro, no seu desafio de enfrentar o modelo hegemônico, (...) opera com a antinomia clínica x epidemiologia, considerando (de modo limitado) sempre, em qualquer modalidade, a medicina como braço armado do capital. Isto tem impedido que a proposta da reforma do Sistema de Saúde idealize uma produção da saúde mais abrangente e diversificada (MERHY & FRANCO, 2002, p. 121)

Daí adviria, segundo os autores, a atração que diversos setores do sanitarismo brasileiro teriam pelo PSF, o fato de partilhar com ele a mesma matriz teórica. Com a crítica, os autores pretendiam identificar as fragilidades do Programa na forma como foi proposto e fazer um esforço para pensar a sua superação, a fim de que ele possa se constituir como mais um dispositivo de mudança do modelo assistencial (MERHY & FRANCO, 2002). Outro questionamento se dirige à tentativa do MS de impor um modelo aos municípios, o que termina por negar que a eficácia dos modelos assistenciais reside na

---

<sup>57</sup> Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, estabelece uma série de normas voltadas para o controle dos gastos públicos em todas as esferas de gestão, constituindo-se em mais um mecanismo de ajuste fiscal. Para o Poder Executivo, foram estabelecidos os seguintes limites para as despesas com pessoal em relação ao total das receitas correntes líquidas: federal - 40,9%; estadual - 49%; e municipal - 54%. Ressalte-se que o gasto com contratações terceirizadas estão expressamente excluídas na Lei do câmputo dos gastos com pessoal (§ 1º do Art. 18), o que representou um estímulo eficaz para a substituição de servidores efetivos por contratações de terceiros.

capacidade de se adaptar às diferentes realidades locais. Criticam, por último, a despolitização e a superficialidade dos debates em torno do PSF.

Franco, Bueno & Merhy (2003) sistematizaram os problemas que, sob sua ótica, além de sua estruturação sob a matriz da vigilância da saúde, limitariam a potência do PSF para reverter o modelo médico-centrado. Entre os problemas destacam-se: proposta centrada nas estruturas e não nos processos de trabalho; ausência de instrumentos potentes para efetivar o trabalho em equipe manteria a centralidade no médico; não valorização do atendimento à demanda espontânea, fundamental em um modelo usuário-centrado; compulsoriedade das visitas domiciliares por médicos e enfermeiros, que deveriam ser realizadas apenas com indicação explícita, caso contrário configurariam uma intromissão na vida privada das pessoas; política de altos salários insuficiente para viabilizar o trabalho diferenciado do médico e sua “interiorização”; ausência de uma concepção do trabalho que valorize a subjetividade do profissional e do usuário; mitificação do generalista, como se ele por si garantisse novas práticas; falta de inserção nessas práticas dos profissionais das clínicas básicas, o que propiciaria a articulação entre os diversos saberes; alto grau de normatividade (equipe, funções, estrutura, cadastro de família, etc.) engessando o programa diante de realidades distintas; por último, escolha da família como espaço estratégico de atuação: isso, se por um lado, é positivo, pois é uma evolução de uma abordagem biologicista para a de um “indivíduo em relação”, por outro, nem sempre esse núcleo é o espaço de relação predominante ou o lugar de síntese das determinações de saúde das pessoas.

Várias dessas questões faziam parte dos questionamentos de numerosos profissionais e gestores de saúde e foram consideradas em diversas experiências municipais: incorporação das unidades básicas e dos médicos das clínicas básicas no processo de mudança do modelo; desenvolvimento do acolhimento da demanda espontânea; inclusão de grupos não inseridos em núcleos familiares, como a população de rua, em experiências de grandes centros. Entretanto, permanece o desafio de mudança do processo de trabalho e da inserção de fato do médico na equipe de saúde, além dos problemas do subfinanciamento que repercutem na qualidade e resolutividade da atenção.

### **3.4 Estratégia Saúde da Família no início dos anos 2000**

Como subsídio ao objetivo de traçar um panorama geral da situação do PSF, no início dos anos 2000, escolhemos dois estudos, de certa forma complementares, pois um

trabalha com uma perspectiva censitária, avaliando alguns aspectos de todas as equipes implantadas no momento da pesquisa, enquanto o outro, consiste um estudo de caso, realizado em dez grandes centros urbanos, que buscou aprofundar a identificação dos fatores que dificultavam a expansão do PSF nesse tipo de município.

O primeiro estudo foi realizado pelo MS em todos os estados - a Avaliação Normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil - Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família - 2001/2002. Foram visitadas 13.501 ESF e 2.558 ESB, em 3.778 (67,9%) municípios brasileiros. Apesar de a maioria das equipes estar em atividade há menos de um ano, o que limita as conclusões, é possível identificar alguns pontos positivos e os principais problemas existentes naquele momento. Como um dos objetivos era o monitoramento das equipes, foram identificadas irregularidades graves que levaram à suspensão do repasse de recursos federais: inexistência da equipe (apesar de estar cadastrada no MS para recebimento de incentivos financeiros), equipes sem estrutura física para realizar suas atividades, equipes incompletas (falta de profissionais) e não cumprimento da carga horária de 40 horas semanais pelos profissionais de saúde, interferindo no horário de funcionamento da unidade. Porém, não se tem a dimensão desses problemas, pois não foram registrados na publicação números relativos a essas irregularidades (BRASIL, 2004).

Entre os pontos positivos identificados destacam-se: elevada proporção (94,5%) de equipes que possuíam um território delimitado de atuação, com adscrição de clientela (cadastramento de famílias), o que significava vinculação de uma população definida a uma unidade de saúde e conhecimento pela equipe de sua área de abrangência; elevada proporção (acima de 95%) de equipes que contavam com todos os profissionais preconizados para a equipe mínima; grande proporção de participação de profissionais em reuniões de planejamento de suas atividades (de 82,2% de médicos a 91,0% de enfermeiros), com exceção da equipe de saúde bucal (62,2%), que tradicionalmente desenvolve seu trabalho de forma pouco integrada com os demais profissionais; boa proporção de profissionais que realizavam atividades educativas (de 62,5% de auxiliares de enfermagem a 77,2% de enfermeiros); boa proporção de profissionais que realizavam atendimento nas quatro clínicas básicas (médicos entre 81% e 96%; enfermeiros entre 57,1% e 77,4%) e visitas domiciliares (médicos 92,7% e enfermeiros 95,8%). Esses dados revelam que alguns dos pressupostos básicos estavam sendo atendidos.

Em relação aos meios para a produção das ações de saúde propostas, os principais problemas identificados foram: insuficiência de equipamentos básicos<sup>58</sup> para o trabalho em quase 20% das equipes, mais evidente em estados da região Norte e Nordeste; outros equipamentos também indispensáveis a um bom exame físico, com disponibilidade muito aquém do desejado<sup>59</sup>, limitando o cumprimento das responsabilidades das equipes; imunização, uma atividade básica essencial, prejudicada face a não disponibilidade de geladeira exclusiva para vacina em cerca de 30% das equipes; menos da metade das equipes dispunham de equipamentos e insumos para a realização de pequenas cirurgias; 26,3% das equipes de saúde bucal não possuíam equipamento odontológico completo; baixos percentuais de equipes que dispunham do elenco mínimo de medicamentos essenciais para o tratamento de problemas mais frequentes (apenas três itens estavam presentes em mais de 80% das USF).

Em relação à contratação dos profissionais de saúde, predominava a precarização<sup>60</sup>. A proporção de vínculos com direitos trabalhistas (efetivo e CLT) variou de 25,4% (médicos) a 28,8% (cirurgiões-dentistas); apenas os auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário e técnicos de higiene dental apresentaram proporções maiores, provavelmente por serem categorias que possuíam vínculo com o sistema de saúde, anterior ao PSF. O tempo médio de menos de um ano de permanência apresentou elevada proporção (em média 80%) para quase todos os profissionais, à exceção de auxiliares de enfermagem (52,9%) e de enfermeiros (65,3%), sinal de alta rotatividade e fator limitante do estabelecimento de vínculo com os usuários e de qualificação do atendimento.

Quanto ao cumprimento da carga horária de 40 horas pelos profissionais de saúde, observaram-se baixas proporções para as categorias de nível superior: médicos 59,7%; cirurgiões-dentistas 68,3% e enfermeiros 77,8%, com uma maior proporção de cumprimento pelos ACS, 95,8%. A realização de capacitação foi avaliada apenas para médicos e enfermeiros e apresentou baixos percentuais, com proporções maiores apenas para o treinamento introdutório<sup>61</sup> ao PSF, com 61,9% e 69,4% respectivamente, de

---

<sup>58</sup> Equipamentos básicos: tensiômetro, estetoscópio, termômetro, balança infantil e balança adulto.

<sup>59</sup> Demais equipamentos: oftalmoscópio (11,9%), otoscópio (66,6%), equipamentos gineco-obstétricos (mesa, espéculo, foco, estetoscópio de Pinard – 61,7%); e glicosímetro (59,2%).

<sup>60</sup> Contratos precários incluíram: contrato temporário, cargo comissionado, bolsa, prestação de serviços, cooperado, contrato informal, contrato verbal, outro.

<sup>61</sup> O Treinamento Introdutório em SF deve ser realizado para todos os profissionais antes do início de suas atividades e “visa discutir os princípios e diretrizes do SUS e do PSF, instrumentalizar as equipes na organização inicial do seu processo de trabalho (...), apresentação dos aspectos gerais da proposta, integração das equipes e discussão das atividades a serem desempenhadas. (...). É necessário que sejam abordados



profissionais envolvidos. A capacitação nas áreas clínicas/programas<sup>62</sup> apresentou percentual de profissionais beneficiados abaixo de 50%.

Outros problemas importantes foram identificados: a imunização, atividade essencial da atenção básica, era realizada somente por 64% das equipes; as ações de tratamento de tuberculose e hanseníase, dois persistentes problemas de saúde pública, eram desenvolvidas por apenas 33,5% e 26,5% das equipes, respectivamente; as ações de vigilância epidemiológica se restringiram à notificação de doenças, não incluindo a investigação dos casos, em 40,5% das equipes; a investigação de óbitos (48,7%) e de internações hospitalares (51,1%) também apresentaram baixas proporções; as ações de saúde mental restringiram-se à identificação e cadastramento pelos ACS de pessoas com algum tipo de sofrimento mental; as ações de saúde bucal com predominância não esperada de atendimentos de urgência (78,0%) e as ações de prevenção e tratamento restritas a 48,8% das equipes. Reuniões com a comunidade, organizadas pela equipe, também apresentaram baixa proporção de participação de profissionais (42,1% de médicos a 53,3% de ACS).

O acesso aos métodos de apoio diagnóstico e à atenção especializada é um aspecto importante para garantir a integralidade da atenção. Nesse quesito também apareceram problemas relevantes: exames de patologia clínica<sup>63</sup> disponíveis apenas para 55,0% das equipes; coloscopia para 54,8%; ultrassonografia para 56,7%; exame anti-HIV para 66,3% e eletrocardiograma para 67,2% das equipes. Apenas Raio X simples (73%) e citopatologia de colo de útero (81,0%) apresentaram percentuais maiores de disponibilidade. O acesso a consultas especializadas também se configurou limitado, com percentuais variando entre 40% das equipes para neurologia e 47% para oftalmologia, e 58,7% para ortopedia e 61,3% para cardiologia. Quanto à internação hospitalar, evidenciaram-se deficiências para as clínicas básicas (22,6%) e, ainda maiores, para as especializadas (52,7%).

Essas informações apesar de abordarem apenas alguns aspectos relativos à organização do PSF permitem tirar conclusões sobre importantes desafios a serem enfrentados para que essa estratégia preencha os quesitos necessários a uma APS abrangente. A garantia do atributo *primeiro contato*, relacionado com acessibilidade e

---

aspectos da atenção integral à saúde individual e coletiva, sempre tomando por base a dinâmica familiar e sua interrelação com o sistema social e com o perfil epidemiológico local” (BRASIL, 2000, p. 11)

<sup>62</sup> Imunização, Doenças mais prevalentes na infância, saúde da mulher, hipertensão, diabetes, hanseníase e tuberculose.

<sup>63</sup> Hemograma completo, sumário de urina, urocultura, ureia, creatinina, ácido úrico, glicemia capilar, pesquisa de BAAR e tipagem sanguínea.

resolutividade, apresenta sérias limitações, tanto pelo investimento insuficiente na qualificação dos profissionais, como pelo frequente descumprimento da jornada de trabalho, provavelmente decorrente de fragilidades da gerência dos serviços, vínculos precários, condições de trabalho inadequadas, entre outros, como: oferta limitada de ações (não realização ações como vacinação, tratamento de tuberculose, hanseníase e saúde mental). Sem falar no acolhimento da demanda espontânea, não considerada importante nesse estágio do PSF.

O atributo da *continuidade* / longitudinalidade, que significa o acompanhamento ao longo do tempo, mesmo com a permanência da unidade, era garantido com certa precariedade, pois se encontrava limitado pela alta rotatividade dos profissionais, o que dificultava o estabelecimento de vínculos e do conhecimento das pessoas e de seus problemas de saúde.

A *integralidade* da atenção que, se de um lado, era favorecida pelo conhecimento que as equipes tinham das pessoas e dos problemas de saúde de sua área de abrangência, decorrente da adscrição de clientela, do cadastramento das famílias e da atividade dos ACS, que propiciavam uma abordagem mais ampliada, por outro, as dificuldades de acesso tanto a exames complementares diagnósticos, como a consultas especializadas e internações hospitalares, impunham sérias restrições ao cumprimento desse atributo.

Quanto ao quarto atributo, a *coordenação*, apesar de o estudo não apresentar elementos específicos sobre a sua efetivação, como a transferência de informações para as ESF sobre o atendimento em outros serviços, a chamada contra referência, é possível concluir que, com as restrições de acesso a serviços especializados e a precariedade da articulação das redes de atenção, ele se encontrava bastante prejudicado.

A segunda pesquisa escolhida para análise traz novos elementos para o diagnóstico da situação da implantação do PSF no início dos anos 2000, dessa vez em grandes municípios. Intitulada “Avaliação da Implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos”, foi realizada pelo NUPES/DAPS/ENSP/Fiocruz e patrocinada pelo MS, com o objetivo de subsidiar a elaboração pelo MS do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), destinado a ampliar e qualificar a cobertura do PSF nos municípios de grande porte. Foram selecionadas dez experiências diversificadas em cidades com mais de cem mil habitantes, com o objetivo de identificar os fatores facilitadores e os que dificultavam a expansão da estratégia (BRASIL, 2002).

Uma questão que se destacou nas experiências analisadas nesse estudo foi a identificação de duas concepções de PSF: de um lado, como *estratégia* que visa a mudar o

modelo assistencial na APS, substituindo as unidades básicas existentes; e, de outro, como *programa*, “constituído de modo paralelo à estrutura de atenção à saúde preexistente”, segundo uma lógica focalizada e restrita de APS (BRASIL, 2002, p. 81). Entre as dez experiências selecionadas, quatro foram caracterizadas segundo a concepção de *programa*<sup>64</sup>, enquanto as demais, a de *estratégia*<sup>65</sup>. Esta última, por exigir o investimento de um volume maior de recursos para garantir resolutividade e integralidade da atenção, reflete uma maior priorização da saúde no contexto das políticas locais. É importante ressaltar que a pesquisa captou a situação, em 2002, e que o PSF, como as demais políticas públicas no Brasil, é bastante suscetível a mudanças político-institucionais, apresentando grandes alterações decorrentes desses processos.

Essas duas concepções, que refletem visões bastante distintas sobre o papel do PSF na estruturação da rede básica e do sistema de saúde, acarretam uma série de diferenças nos resultados obtidos. A concepção de programa geralmente é acompanhada pela estruturação de uma coordenação paralela à da rede básica, enquanto que a de estratégia trabalha com uma coordenação única, o que determina um processo que visa à superação da fragmentação do sistema. Entretanto, três municípios com esta última concepção, também constituíram coordenações específicas, refletindo, em certa medida, a confusão existente entre a denominação de programa do PSF e a estruturação da APS. A política do MS de construir políticas separadas e distintas para o PSF e para atenção básica como um todo reforçou essa distinção no plano municipal.

Em geral, quando se fala em PSF há uma associação com a ideia de uma equipe mínima que trabalha em um miniposto para atender a uma população pobre; isso porque, a implantação inicial se deu de forma focalizada em pequenos municípios do Mapa da Fome, onde não existia rede instalada. Entretanto, também foi essa a situação encontrada na maioria das experiências em cidades maiores, no estudo da Fiocruz. Em seis municípios, cerca de metade ou mais das USF, era constituída por minipostos<sup>66</sup> de saúde, em imóveis alugados ou cedidos, resultando em insuficiência de espaço para realização de atividades recomendadas. Os municípios que adotaram a concepção de estratégia procederam, em maior ou menor grau, à transformação de unidades básicas em PSF, o que significou geralmente melhorar a estrutura física e administrativa (BRASIL, 2002).

---

<sup>64</sup> Brasília, Goiânia, Manaus e São Gonçalo.

<sup>65</sup> Camaragibe, Palmas, Vitória da Conquista, Aracaju, Vitória e Campinas.

<sup>66</sup> Foram identificados 336 minipostos de um total de 544 unidades nos 10 municípios estudados e apenas 111 unidades básicas foram convertidas em PSF, principalmente em Campinas, Aracaju, Vitória e Palmas.

Além disso, algumas dessas experiências mantiveram a composição da equipe restrita à proposta mínima preconizada pelo MS, ou seja, sem pessoal de apoio (administrativo e limpeza), sem gerência local e sem outros profissionais de saúde de nível superior. Isso, junto com uma estrutura física reduzida, revela certa hegemonia da concepção restrita de PSF, mesmo em municípios de grande porte, cujo volume e complexidade das necessidades de saúde, exigem uma estruturação maior desses serviços. Porém, algumas experiências incluídas nesse estudo revelam que gestões municipais ousaram construir um modelo de PSF mais adequado à realidade da rede existente e capaz de responder às demandas da população.

A análise do atributo *primeiro contato*/porta de entrada, no estudo da Fiocruz, considerou alguns aspectos como: acessibilidade da USF, com percentuais elevados de famílias adscritas ao PSF (>90%) que afirmaram conhecer o local onde funciona o PSF em todos os municípios estudados, exceto um que trabalhava com equipes volantes; mais de 90% das famílias entrevistadas afirmaram ser fácil chegar à unidade (a maioria informou que se deslocava a pé até o serviço); a utilização da ESF/USF pelas famílias adscritas foi, em geral, elevada – mais de 90% das famílias entrevistadas receberam, alguma vez, atendimento da ESF; a proporção de famílias que, em geral, procuravam em primeiro lugar a USF, quando precisavam de atendimento, atingiu mais de 50%<sup>67</sup> apenas em quatro experiências. Nessa pesquisa, principalmente nos municípios em que o PSF foi concebido e implantado como programa paralelo, a USF não se constituía como porta de entrada<sup>68</sup>.

Ainda em relação à efetivação do PSF como local de *primeiro contato*, a pesquisa identificou que, em todos os municípios, quando usuários foram interrogados sobre doença, nos últimos trinta dias anteriores à pesquisa, foram observadas proporções menores de famílias que procuraram a USF. Nessa experiência de uso recente, apenas três municípios atingiram proporções maiores<sup>69</sup>, enquanto nos demais, cerca de apenas um quinto das famílias havia procurado a USF, o que indica dificuldades para acolhimento ou resolutividade de problemas que motivam demanda espontânea. Essas barreiras terminam por reforçar a histórica predominância da procura pela população por serviços de pronto-socorro e hospitais, mesmo em casos que não se caracterizam como urgência. Nos

---

<sup>67</sup> Em Vitória da Conquista (77%), Aracaju (62%), Vitória (56%), e Palmas (52%), metade ou mais das famílias informaram que geralmente procuram a ESF/USF para atendimento.

<sup>68</sup> Manaus (26%), Brasília (31%) e Goiânia (33%) apresentaram as menores proporções de serviço de procura regular pela população adscrita.

<sup>69</sup> Aracaju (61%), Vitória (40%), e Palmas (39%).

municípios que estruturaram o PSF como programa paralelo, a procura também se dirigia para outros serviços de atenção básica, além dos hospitais.

Essas informações sinalizam que, apesar de as famílias conhecerem a unidade e terem facilidade para se deslocar até ela, há outros elementos que dificultam a procura pelo serviço em caso de necessidade, reduzindo a sua conformação como principal porta de entrada. Algumas dessas características são: barreiras de acesso decorrentes de horários de funcionamento; adscrição ao local de moradia e não de trabalho (os trabalhadores passam a maior parte do dia longe da residência); não atendimento da demanda espontânea e dos grupos não prioritários, em função da predominância da lógica de consultas agendadas por programas; e implantação recente do serviço (BRASIL, 2002).

Em relação ao atributo da *integralidade*, sob o aspecto do acesso a medicamentos, exames complementares e serviços especializados, verificaram-se também dificuldades importantes. O acesso a exames solicitados pelas ESF foi considerado difícil por grande parte das famílias entrevistadas. Somente em três municípios<sup>70</sup>, mais da metade das famílias informou conseguir realizar todos os exames solicitados. Quanto ao acesso aos medicamentos, elemento essencial para a resolutividade da atenção, observou-se baixa proporção de famílias usuárias que recebia geralmente todos os medicamentos, quando atendidas pela ESF<sup>71</sup>. Os médicos assinalaram dificuldade de agendamento de consultas nos ambulatórios especializados, ainda maior para internações. Para mais da metade dos médicos, os agendamentos para esses serviços poucas vezes ou nunca foram conseguidos. Somente em duas cidades pesquisadas<sup>72</sup>, mais da metade dos médicos informaram conseguir agendar internações sempre ou na maioria das vezes.

A *integralidade*, sob o ângulo da abrangência das ações, pressupõe a superação da concepção de que o PSF/APS seria o local de prevenção de agravos e promoção da saúde, no qual o atendimento de doenças se resume às incluídas em programas prioritários, ou seja, com pouco ou nenhum espaço para o acolhimento da demanda espontânea. Assim, um pacote de ações programáticas, mesmo voltadas para os agravos mais importantes do ponto de vista epidemiológico é incompatível com uma APS abrangente. O estudo da Fiocruz analisou o atendimento da demanda espontânea em seis dos municípios estudados,

---

<sup>70</sup> Vitória da Conquista (70%), Vitória (59%) e Aracaju (52%).

<sup>71</sup> Essa proporção variou entre 40% em Vitória da Conquista, a melhor situação, e 10% em Goiânia a mais baixa proporção. Essa proporção variou entre 40% em Vitória da Conquista, a melhor situação, e 10% em Goiânia a mais baixa proporção.

<sup>72</sup> Palmas (79%) e Aracaju (55%).

e concluiu que em três<sup>73</sup> ocorreram proporções maiores de profissionais que realizaram essa ação na semana anterior à entrevista. Foram observadas duas estratégias polares nesse quesito: de um lado, em Aracaju, que adotou uma rotina de acolhimento dos usuários nas USF, com rodízio dos profissionais e, de outro, em Manaus, com o não atendimento à demanda espontânea sob o argumento de que o trabalho seria preventivo e não curativo, o que provocou resistência dos profissionais da rede, que se ressentiam do aumento da demanda provocada pelo PSF<sup>74</sup>.

O atributo da *coordenação*, que depende da transferência de informações sobre os problemas de saúde e a assistência recebida pelos pacientes em outros serviços, de modo a assegurar a continuidade do cuidado, também se mostrou insuficiente. Apesar de existir central de marcação de consulta especializada em sete das dez cidades pesquisadas, isso não resultou em funcionamento efetivo de referência e, muito menos, de contra referência, pois apenas em um município pesquisado, mais da metade dos profissionais de nível superior concordaram com a afirmação de que a ESF contava com sistema de referência e contra referência que permitia ampliar a resolutividade da APS. A contra referência, ou seja, a devolução de informações sobre o atendimento realizado em outros serviços, junto com o retorno do usuário à unidade básica, foi um problema relatado pelos gestores em quase todos os municípios; e mais de 30%<sup>75</sup> dos profissionais de nível superior das ESF informaram nunca receber qualquer tipo de contra referência.

Alguns gestores adotaram iniciativas para melhorar o fluxo de informações entre os serviços especializados e a atenção básica, como a criação de estruturas gerenciais regionalizadas, que mediavam a integração entre as unidades, e estratégias de aproximação, com a participação dos especialistas na supervisão clínica e/ou na discussão de temas clínicos, bem como na realização de atividades de capacitação para os profissionais das ESF.

Ainda em relação ao espectro de ações desenvolvidas, foram analisadas as atividades extramuros, entre elas, visita domiciliar e reunião com a comunidade, sendo que a primeira pode se configurar como atividade assistencial ou de promoção da saúde, ao passo que a segunda, visa a esclarecer a população sobre o funcionamento da unidade e desenvolver ações de educação em saúde, como parte da promoção da saúde. Observou-se

---

<sup>73</sup> Vitória (73%), Aracaju (50%) e Palmas (50%).

<sup>74</sup> É importante ressaltar que em Manaus o modelo adotado, inicialmente, foi semelhante ao cubano, com equipes compostas apenas por médico e auxiliar de enfermagem, com unidades bastante reduzidas, apenas para apoio e ponto de encontro da equipe, com a maior parte do atendimento sendo realizado na comunidade. No momento da pesquisa, iniciava-se uma transição para o PSF.

<sup>75</sup> Palmas (44%), Brasília (39%) e Aracaju (32%).

maior proporção de profissionais que realizaram visita domiciliar do que reunião com a comunidade, indicando que a primeira foi mais incorporada à rotina dos profissionais do que a segunda. Quanto às ações intersetoriais, essencialmente voltadas para a promoção da saúde por visarem a intervir nos fatores determinantes do processo saúde-doença, foi investigada a realização de atividades pela equipe junto a outros órgãos públicos. Mais da metade dos profissionais de nível superior afirmou que “as ESF desenvolvem atividades fora do setor para resolver os problemas da comunidade”, exceto em dois municípios pesquisados (BRASIL, 2002, p. 137). A realização dessas ações (extramuros e intersetoriais) constitui um importante diferencial do PSF em relação ao modelo tradicional de atenção básica.

A análise da situação dos trabalhadores que compõem a equipe, essenciais na realização das ações de saúde, envolveu as modalidades de seleção e contratação, o processo de capacitação e as condições de permanência desses profissionais nas USF. Os mecanismos de seleção encontravam-se uniformizados em torno da seleção pública simplificada, utilizando entrevista, prova escrita e análise de currículos, igualmente mencionados pelos profissionais e pelos gestores. Segundo os gestores, o desafio no processo seletivo é apurar a escolha do profissional com perfil mais adequado para o trabalho em SF, principalmente o médico. Desse último espera-se:

o desenvolvimento de habilidades de um médico geral para atender à demanda de forma programada e a capacidade de estabelecer fluxos de encaminhamento que ofereça resolutividade. Ainda se requer que ele abra mão de um lugar privilegiado na equipe de saúde, valorizando o conjunto dos agentes, com os quais deve interagir numa relação comunicativa e horizontal, e que realize novos procedimentos voltados para o atendimento de grupos de risco e para os problemas socio sanitários da comunidade sob sua responsabilidade. Exige-se ainda uma jornada de oito horas de trabalho (BRASIL, 2002, p. 149).

Esse é, com certeza, um dos nós críticos de qualquer tentativa de implementar uma APS abrangente e estruturadora do sistema de saúde: a inadequação entre a formação dos médicos e suas aspirações profissionais em relação às necessidades de saúde da população. Segundo os gestores, a realização de concurso público e a contratação estatutária não seriam adequadas, pois “esses instrumentos têm um caráter mais rígido que engessaria a composição do quadro funcional”, o que não impediria a incorporação de pessoal estatutário, “desde que os profissionais aceitem a alteração do processo de trabalho e se pactue alguma forma de complementação salarial, já que o PSF exige carga horária superior e dedicação quase exclusiva” (BRASIL, 2002, p. 149). Foram identificadas

diversas modalidades de vinculação institucional, concomitante ao regime estatutário, caracterizando-se, em alguns casos<sup>76</sup>, pela informalidade ou precariedade do vínculo empregatício, relação jurídica que eliminou os direitos garantidos pela CLT (cooperativas e contratos temporários). Em quatro municípios<sup>77</sup> optou-se por convênio com ONGs, OSCIPs ou instituições filantrópicas para realizar a administração financeira dos encargos de todos ou parte dos profissionais, mediante a contratação pela CLT.

Assim, fica mais uma vez evidente a precarização dos vínculos empregatícios, com a adoção de mecanismos flexíveis para contratação e demissão (de acordo com critérios mais ou menos adequados), em detrimento dos direitos conquistados pelos servidores públicos a partir da aprovação da CF de 1988. A tese defendida por Bresser Pereira, no PDRAE, de que o vínculo efetivo e a estabilidade constituíam-se em obstáculos à “modernização” da máquina administrativa, ganhou ampla adesão entre os gestores das políticas públicas, independente de sua coloração ideológica, que se acentuou a partir da pressão exercida pela LRF. A terceirização da gerência de pessoal do PSF trouxe diferenças de toda ordem: salarial, de cargas horárias, de benefícios sociais e de estabilidade no emprego, entre os que atuam na rede e os do PSF, e mesmo no interior do PSF, constituindo-se em sério problema a ser enfrentado.

A capacitação dos profissionais foi percebida pelos gestores entrevistados como alavanca importante da proposta de mudança e reorganização da APS, podendo constituir-se em instrumento de gestão poderoso, ao provocar nos profissionais do PSF, o questionamento de seus conhecimentos em relação à prática. Entretanto, a maioria avaliou que os processos de capacitação desenvolvidos não foram adequados nem suficientes, pois repetir a formação tradicional de médicos e enfermeiros não os habilita para as novas atribuições, além do que, tanto uns quanto outros têm sua experiência prévia na área hospitalar ou em clínicas de especialidades. A participação da gestão estadual no desenvolvimento desse processo, uma de suas atribuições, foi considerada insuficiente (BRASIL, 2002).

Quanto ao financiamento, os gestores entrevistados consideraram que “as transferências federais específicas para o PSF cobrem apenas parte dos custos do programa e, em geral, não cobrem sequer as despesas de pessoal” (BRASIL, 2002, p. 43). Também relataram que a política de incentivos por faixa de cobertura, então vigente, era inadequada

---

<sup>76</sup> Camaragibe - cooperativas; São Gonçalo, Manaus e Vitória (apenas para nível superior) - contratos temporários.

<sup>77</sup> Vitória da Conquista, Vitória, Campinas e Brasília.



para grandes centros, pois, para obter incentivos maiores, relativos às altas coberturas, era necessário um número muito grande de ESF, difícil de alcançar. Na maioria dos municípios estudados, há predominância de receitas federais nos gastos com saúde. A parcela de recursos próprios aplicados na saúde, em vários dos municípios estudados, estava muito aquém<sup>78</sup> do estipulado pela EC 29 – 15% dos recursos próprios municipais –, patamar que deveria ser alcançado até o ano de 2004. Essas informações revelam outro aspecto da problemática da política de saúde: parte dos municípios também investe poucos recursos em saúde. Essa questão será objeto de análise no próximo capítulo.

No final de 2002, encontravam-se implantadas no país 16.698 ESF, com cobertura estimada de 31,87% da população. As equipes de saúde bucal apresentavam um número bem menor (em função do início apenas em 2001), 2.819 na modalidade I e 442 na II, segundo informações divulgadas no site do MS na internet<sup>79</sup>. Nesse período, iniciou-se a implantação do PSF nas regiões Sul e Sudeste do país, chegando, no final de 2002, a 2.423 ESF e 4.967 ESF, respectivamente.

Entretanto, apesar da ampliação da cobertura, essa ainda não se traduzia em mudança efetiva do modelo tradicional, particularmente nos grandes centros, conforme constataavam alguns autores:

poucas foram as cidades com sistemas de saúde complexos em que o programa foi introduzido como estratégia substitutiva do modelo assistencial. Na grande maioria das cidades de médio e grande porte, o PSF é ainda uma estratégia focalizada de expansão dos cuidados básicos de saúde, voltada a grupos populacionais sob maior risco social e expostos a precárias condições sanitárias (CAETANO & DAIN, 2002, p. 14).

Como resultado dessas conclusões, Caetano & Dain (2002) consideram que não havia se consolidado uma

ruptura com o modelo de atenção tradicional e historicamente hegemônico no país, centrado na doença, concentrando majoritariamente ações e recursos para o tratamento ou abordagem restrita de riscos. Configura-se, portanto, como um modelo curativo, que privilegia uma medicina de alto custo, exercida de forma verticalizada e excludente. Além disso, inviabiliza práticas interdisciplinares e intersetoriais coerentes com intervenções sobre os múltiplos fatores que sabidamente são determinantes do processo saúde-doença (CAETANO & DAIN, 2002, p. 13).

---

<sup>78</sup> Apenas quatro municípios atingiam o patamar estabelecido pela EC 29: Camaragibe (14,6%), Manaus (16,0%), Campinas (18,8%) e São Gonçalo (20,7%). Os demais comprometiam menos de 10%, sendo que Goiânia e Aracaju apresentavam os menores percentuais, 4,5% e 3,8%, respectivamente, o que dá uma dimensão da enorme diferenciação de compromisso político com a saúde por parte dos governantes locais.

<sup>79</sup> Disponível em: < [http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php) >. Acesso em 19 jul 2012.

O que as autoras destacam é que as políticas implementadas a partir da criação do SUS não lograram alterar a predominância da lógica neoliberal existente anteriormente. É evidente que os determinantes desse quadro não se restringem à estratégia adotada para a organização da APS, que, apesar de ter influência nesse processo, como ficou claro nas conclusões das pesquisas aqui destacadas, também sofre as consequências das decisões políticas mais gerais que orientaram as políticas sociais nesse período.

As autoras sistematizaram algumas das principais dificuldades para a mudança do modelo assistencial nos grandes centros urbanos: predominância de doenças crônicas (devido ao envelhecimento) e agravos decorrentes da violência urbana; desigualdades socioeconômicas no interior das cidades que se refletem na distribuição desigual da rede de serviços, com áreas mais pobres com sérios problemas de acesso; maior consolidação de estruturas tradicionais, com serviços burocratizados, não integrados em rede e inadequados ao atendimento das necessidades de saúde; modelo de saúde baseado na produção de procedimentos médicos, que acentua o processo de medicalização; resistência corporativa a mudanças no processo de trabalho; número insuficiente de profissionais e, principalmente, formação segundo modelo biomédico clássico, inadequado às exigências de uma atenção centrada na pessoa e não na doença; limitações do financiamento federal para grandes cidades, que se mostra insuficiente para cobrir os elevados custos da reestruturação; gestão pouco efetiva na relação com os prestadores privados conveniados com o SUS (CAETANO & DAIN, 2002).

Esse quadro levou o MS a elaborar, em 2002, o Proesf, um empréstimo no valor de US\$ 275 bilhões do BM, com igual contrapartida do governo federal, para apoiar a conversão do modelo tradicional para o PSF nos municípios com mais de cem mil habitantes. Esse acordo entrou em vigor em 2003 e teria duração de sete anos. Mais uma vez, o governo federal preferiu aumentar o endividamento do país, em vez de ampliar a participação da saúde nos gastos federais, como forma de viabilizar os investimentos necessários à implementação da APS e do SUS.

### **3.5 O Governo Lula e a atenção primária à saúde**

O primeiro governo de um partido de esquerda na história do país representou um processo de continuidade em relação às políticas do governo anterior, como caracterizado anteriormente, não sendo diferente para a área da saúde, apesar de alguns avanços. Em relação à APS, o discurso dos principais dirigentes do MS, a maioria originária do

movimento sanitário, sinalizava no sentido de priorizar a ampliação e qualificação do PSF, como estratégia principal para a organização da atenção básica.

Houve mudança no financiamento da atenção básica, com elevação nos valores do PAB fixo<sup>80</sup> e no PAB variável<sup>81</sup>, incentivos financeiros à implantação de ACS, ESF e ESB, sendo a saúde bucal a mais beneficiada, com a criação do Programa Brasil Sorridente, que contemplou recursos para a implantação de serviços especializados, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), ampliando a integralidade da atenção nessa área. Alguns municípios e determinadas populações com maior dificuldade de acesso às ações básicas foram contempladas com aumento de 50% nos incentivos financeiros<sup>82</sup> do PSF e da SB, a título de equidade.

O Proesf, elaborado no governo FHC, foi mantido e passou a contemplar todos os municípios com mais de cem mil habitantes que aderissem à proposta. O Projeto destinou recursos para construção e ampliação de unidades, fortalecimento de sistemas de informação e avaliação, estruturação e ampliação do acesso a serviços especializados como suporte para a atenção básica, além de qualificação dos profissionais das ESF. As SES foram contempladas com recursos para o fortalecimento do seu papel de apoio técnico e avaliação da atenção básica. Um das metas mais importantes para avaliação do Proesf era a ampliação da cobertura do PSF nos municípios participantes, conforme acordado nos planos municipais.

Essa iniciativa visava à expansão do PSF nos grandes centros urbanos, na perspectiva de superar a tendência de sua organização como um programa paralelo, focalizado nas populações mais carentes, enquanto o modelo tradicional mantinha-se organizado para atender à demanda mais geral, nas demais áreas das cidades. Há, entretanto, exemplos de municípios de grande porte populacional que já apresentavam elevada cobertura, com mudanças importantes na organização do sistema municipal de saúde, como é o caso de Belo Horizonte e Aracajú. De dezembro de 2003 a junho de 2007,

---

<sup>80</sup> A Portaria nº 2.024, de 23 de setembro de 2004, realiza o primeiro reajuste no valor do PAB, cujo valor mínimo passa de R\$ 10,00 para R\$ 13,00 por habitante ao ano, ficando o valor máximo mantido em R\$ 18,00.

<sup>81</sup> A Portaria nº 396, de 4 de abril de 2003, reajusta em 20% os incentivos financeiros do PSF, do PACS e da saúde bucal, além de reduzir o número de faixas de valor dos incentivos financeiros ao PSF para municípios com mais de cem mil habitantes, o que amplia indiretamente os recursos repassado para coberturas menores nesses municípios.

<sup>82</sup> A Portaria nº 1.434, de 14 de julho de 2004, aumenta em 50% os incentivos financeiros para municípios com baixo IDH (menor que 0,7) e população de até 50 mil habitantes na Amazônia Legal ou com até 30 mil habitantes no restante do país; municípios com população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos para as equipes destinadas a seu atendimento; municípios incluídos no Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS).

a fase I do Proesf teve como resultado a elevação da cobertura média de 25,7% para 34,4% nos 184 municípios integrantes dessa fase<sup>83</sup>. Em 2009, foi firmado novo acordo entre o MS e o BM para a fase II<sup>84</sup>, de novembro de 2009 a março de 2013. Os resultados do Proesf na primeira fase deixaram a desejar em termos de cobertura e de mudança efetiva do modelo assistencial, conforme avaliação do próprio MS, mostrando que as dificuldades eram maiores do que se imaginava e exigiam maior investimento técnico e financeiro.

A adoção pelo MS da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por meio da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, representou uma mudança importante no sentido da incorporação formal dos atributos da APS abrangente, buscando aplicá-los tanto ao modelo tradicional como à denominada estratégia SF, numa abordagem que visava qualificar os dois modelos. A superação mesmo que formal da concepção de *programa* representou um passo positivo no sentido de reforçar a necessidade de um novo status para a APS, reiterando o seu papel de porta de entrada preferencial do SUS e ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde. A PNAB ratifica o caráter substitutivo e reorganizador da APS da estratégia SF e a necessidade de sua integração com a rede de serviços, de modo a superar os modelos focalizados e paralelos de implantação (BRASIL, 2006a). Porém, entre a edição de uma norma e a sua efetiva implantação, tanto em relação à organização do sistema como na prática das equipes, há um longo caminho a percorrer e inúmeros obstáculos a serem superados, entre eles, o compromisso técnico e político das três esferas de governo, que se traduz, principalmente, no volume de recursos financeiros disponíveis e em ações concretas. Do contrário, as mudanças propostas na PNAB se reduziriam apenas a mais um documento com boas propostas para melhorar o sistema de saúde.

Outra iniciativa do MS, há tempos reivindicada nas CNS, abriu uma perspectiva de ampliação do escopo de atuação das equipes da estratégia SF: o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Os NASF possibilitaram a incorporação de outros profissionais como forma de ampliação da integralidade das ações das ESF, não se configurando como porta de entrada ou referência para as equipes, mas como uma atuação na lógica da responsabilização compartilhada pelo acompanhamento das pessoas das áreas adscritas à USF. A inclusão

---

<sup>83</sup> Segundo balanço apresentado no Manual Operacional da Segunda Etapa da Fase 2 do Proesf - Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família, disponível em: < [http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/proesf/manual\\_operacional\\_municipal\\_marco2012.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/proesf/manual_operacional_municipal_marco2012.pdf) >. Acesso em 31 ago. 2012.

<sup>84</sup> Nessa fase, foram incluídos recursos para expansão da cobertura da SF nos municípios com mais de cem mil habitantes e fortalecimento das gestões municipais, estaduais e federal de atenção básica.

desses profissionais foi prevista sob duas modalidades<sup>85</sup>: NASF 1 para oito a vinte ESF, e NASF 2 para três ESF, em municípios com baixa densidade populacional. Novamente, restrições financeiras determinaram uma importante limitação dessa proposta: o número elevado de ESF vinculadas a um NASF, resultando num contingente elevado de pessoas a serem acompanhadas por núcleo, dificultando a atuação dos profissionais. O financiamento contemplou recursos para implantação e custeio<sup>86</sup> (BRASIL, 2008).

Ao final dos oito anos de governo Lula, encontravam-se implantadas 31.660 ESF, passando de uma cobertura populacional de 32,13%, em janeiro de 2003, para 52,23%, em dezembro de 2010, o que significa que cerca de metade da população e, particularmente, uma parte da população que depende do SUS, permanece sem cobertura de APS. Maior ampliação ocorreu na saúde bucal, com o número de ESB passando de 3.873 na modalidade 1 e 447 na modalidade 2, em janeiro de 2003, para 18.731 ESB na modalidade 1 e 1.693 ESB na modalidade 2. O número de NASF implantados até o final de 2010 era de 1.129 na modalidade 1; 148 na modalidade 2 e 44 intermunicipais<sup>87</sup>. Esses números, apesar de representarem uma evolução positiva em termos de ampliação da população coberta, não significam uma mudança de fato na perspectiva de conformação da APS como porta de entrada do sistema, com o papel de resolver cerca de 85% dos problemas de saúde da população, conforme será analisado mais adiante.

Assim, persistem sérios problemas de acesso e de qualidade das ações básicas de saúde e do SUS com um todo. Os elementos estruturais, apontados anteriormente, que revelam as limitações da APS, só poderiam ser superados com um investimento financeiro e técnico qualitativamente superior ao que vem sendo realizado, resultado de compromisso político com a garantia do direito à saúde, que não se configurou efetivamente, conforme análise realizada no próximo capítulo. Como resultado, tem-se um sistema público universal na lei, mas, na prática, cada vez mais reduzido ao papel de complementar o sistema privado.

---

<sup>85</sup> NASF 1 – composto por, no mínimo, cinco profissionais de nível superior não coincidentes das seguintes ocupações: Médico Acupunturista; Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional.

NASF 2 – composto por, no mínimo, três profissionais de nível superior não coincidentes das seguintes ocupações: Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2008).

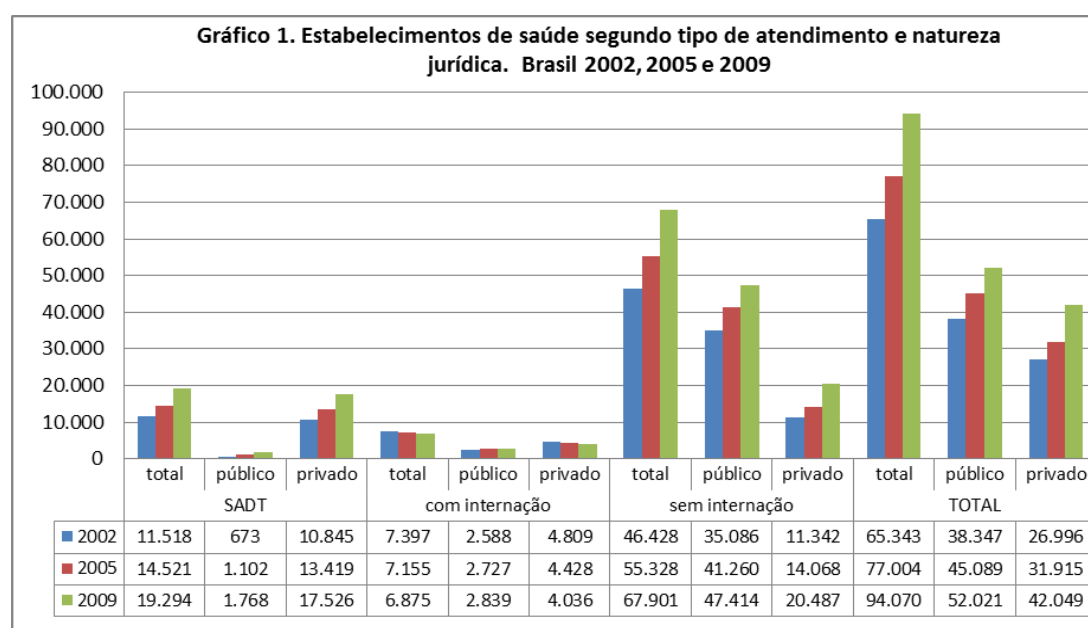
<sup>86</sup> NASF 1: R\$ 20.000,00 como incentivo implantação, repassado uma única vez; e R\$ 20.000,00 como incentivo de custeio, repassado mensalmente do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde; NASF 2: R\$ 6.000,00 como incentivo implantação, repassado uma única vez; e o mesmo valor como incentivo de custeio, repassado mensalmente (BRASIL, 2008).

<sup>87</sup> Informações coletadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), na página do MS, disponível em: < [http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Tot\\_Equip.esp](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equip.esp) >. Acesso em 31jul 2012.

### 3.6 Perfil dos serviços de saúde e de sua utilização no Brasil

Uma das fontes de informação sobre a conformação do sistema de saúde no Brasil é a Pesquisa AMS, realizada periodicamente, desde 1999, pelo IBGE em todos os estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, com ou sem internação, com o objetivo de revelar um panorama da oferta de serviços de saúde no país. Para captar a evolução do sistema de saúde no período mais recente, analisou-se as informações referentes às pesquisas realizadas nos anos de 2002, 2005 e 2009, período que corresponde em grande medida ao governo Lula.

A pesquisa mais recente (realizada em 2009) constatou 94.070 estabelecimentos de saúde em atividade, pouco mais da metade de natureza pública (55,3%), sendo a imensa maioria municipal (95,6%), contra 1,8% federal e 2,5% estadual, consequência da política de municipalização da saúde. Nesses números não estão incluídos os consultórios particulares, não contemplados na pesquisa. Para termos uma ideia do volume desses serviços, em 2012, 118.195 estabelecimentos desse tipo estavam inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)<sup>88</sup> do MS, identificados como “consultório isolado”. Se eles fossem incluídos na AMS, ficaria ainda mais evidente a predominância dos serviços privados no Brasil. O gráfico 1 e a tabela 1 a seguir apresentam a evolução dos estabelecimentos de saúde no período.



Fonte: IBGE, 2002, 2006, 2010. Elaboração própria

<sup>88</sup> Disponível em: < [http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Unidade.asp?VEstado=00](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=00) >. Acesso em: 8 ago. 2012.

**Tabela 1. Variação percentual do número de estabelecimentos de saúde, segundo tipo e natureza jurídica. Brasil, 2002-2009**

total	SADT		com internação			sem internação			TOTAL		
	público	privado	total	público	privado	total	Público	privado	total	público	Privado
<b>67,51</b>	162,70	61,60	-7,06	9,70	-16,07	46,25	35,14	80,63	43,96	35,66	55,76

Fonte: IBGE, 2002, 2006, 2010. Elaboração própria

Os dados revelam ampliação da ordem de 43,96% dos estabelecimentos de saúde, no período entre 2002 e 2009. Esse aumento foi maior nas instituições privadas (55,76%) do que nas públicas (35,66%). Os serviços sem internação predominam em todos os anos, inclusive em 2009 (67.901 - 72,18%), mesmo não sendo contabilizados os consultórios particulares, que ampliariam esse grupo. Em segundo lugar, estão os Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT), com 19.294 (20,51%) estabelecimentos, em 2009, e em terceiro, os estabelecimentos com internação (6.875 – 7,31%).

Uma constatação relevante é a redução de 7,06% no número total de estabelecimentos com internação, no período, basicamente à custa da redução no setor privado (-16,07%) e apesar do aumento verificado no setor público (9,70%). Mesmo assim, mantém-se o predomínio dos serviços privados hospitalares em relação aos públicos. Coerente com essa diminuição constatou-se uma redução de 11.214 leitos em relação a 2005, conforme verificado na tabela 2, apesar do aumento de 3.926 leitos públicos (0,6% ao ano), insuficiente para compensar a desativação dos leitos privados e o crescimento populacional.

**Tabela 2. Leitos hospitalares segundo tipo de estabelecimento. Brasil, 2002, 2005 e 2009.**

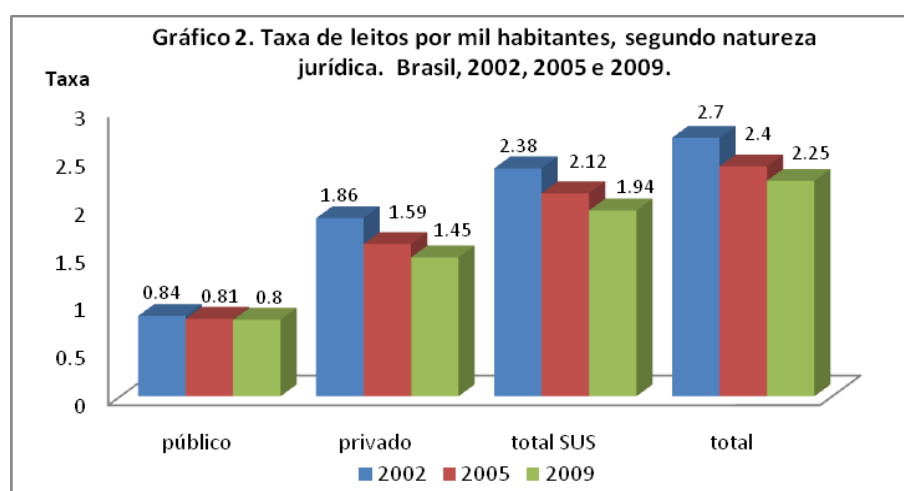
Ano	Público		Privado				TOTAL	
	n	%	n	%	privado SUS	total SUS	N	
					N	%	n	
<b>2002</b>	146.319	31,05	324.852	68,95	269.028	82,82	415.347	471.171
<b>2005</b>	148.966	33,61	294.244	66,39	241.578	82,10	390.544	443.210
<b>2009</b>	152.892	35,39	279.104	64,61	219.540	78,66	372.432	431.996

Fonte: IBGE, 2002, 2006, 2010. Elaboração própria

A predominância de leitos privados (64,61%, em 2009) não se alterou com a sua redução, iniciada em 1992, pois, como visto, o aumento no número de leitos públicos foi insuficiente. Vale ressaltar que a maior parte dos leitos privados é colocada à disposição do SUS, ou seja, recebe recursos públicos (78,66%, em 2009). A maior parte dos leitos custeados pelo SUS ainda é privada (58,95%, em 2009). Esperava-se que após mais de 20

anos, predominassem leitos públicos na oferta desses serviços pelo SUS e que os privados assumissem um papel complementar. Constatase que a hegemonia do setor privado, ainda maior nos SADT, não foi efetivamente enfrentada no período de construção do SUS na perspectiva de superação do modelo liberal privatista, no qual o Estado funciona como intermediário entre os clientes e os profissionais e serviços privados. A persistência desse modelo teve sua primeira vitória com a aprovação da participação complementar da iniciativa privada no SUS e, como segundo passo decisivo, a política de subfinanciamento do sistema público, consolidando a lógica do mercado, com graves consequências para o direito à saúde e para a medicalização social.

A diminuição de leitos privados acarretou uma redução da taxa global de leitos por 1.000 habitantes, conforme pode ser verificado no gráfico 2, de 2,7, em 2002, para 2,25, em 2009. A taxa de leitos públicos por 1.000 habitantes sofre uma leve redução apesar do aumento do número de leitos, evidenciando a insuficiência da ampliação pública em relação ao crescimento da população. Como a maior parte dos leitos privados é conveniada com o SUS, com a redução de 82,82%, em 2002, para 78,66%, em 2009, a taxa de leitos por 1.000 habitantes, disponíveis pelo SUS para o conjunto da população, também sofreu diminuição de 2,38, em 2002, para 1,94, em 2009, atingindo valores abaixo do recomendado pelo MS (2,5 a 3,0 leitos/1.000 hab) (IBGE, 2010).



Fonte: IBGE, 2002, 2006, 2010. Elaboração própria

Entre os estabelecimentos de saúde, a maior ampliação entre 2002 e 2009 ocorreu nos SADT, conforme a tabela 1, da ordem de 67,51%, muito maior no setor público (162,70%) que no setor privado (61,70%), mas não alterando a ampla predominância privada desse tipo de serviço (90,84%). A hegemonia privada nesse grupo explica-se pelo



fato de que concentra, junto com os hospitais, o consumo de equipamentos e insumos diagnósticos e terapêuticos, os mais lucrativos da saúde. É nesse tipo de serviço que se encontra, também, um dos gargalos do sistema público, com sérias limitações à resolutividade dos serviços básicos, devido às restrições de acesso aos exames complementares.

Do total de estabelecimentos privados registrados na MAS, em 2009, observa-se um predomínio daqueles com fins lucrativos (90,62%), conforme a tabela 3, enquanto os sem fins lucrativos representam apenas 9,38%, com ampliação dos primeiros e redução dos últimos, em relação a 2005. Quase um terço dos estabelecimentos privados prestavam serviços para o SUS (27,06%), em 2009, com leve redução em relação a 2005 (30,60%).

**Tabela 3. Estabelecimentos privados segundo finalidade. Brasil, 2005 e 2009.**

Ano	com fins lucrativos		sem fins lucrativos		SUS		TOTAL
	n	%	n	%	n	%	N
<b>2005</b>	28.051	87,89	3.864	12,11	9.766	30,60	31.915
<b>2009</b>	38.104	90,62	3.945	9,38	11380	27,06	42.049

Fonte: IBGE, 2006, 2010. Elaboração própria

Quanto à fonte financiadora dos estabelecimentos de saúde, em 2009, o SUS representava a maior participação (67,2%), seguido pelo pagamento direto/particular (42,7%) e pelos planos de saúde (35,5%) e planos próprios (2,8%). A maior proporção pública no financiamento parece uma contradição, mas se deve ao fato de cerca de um terço dos serviços privados prestarem atendimento custeado pelo sistema público, mediante contratos e convênios. Fica, novamente, evidente o peso do financiamento público na prestação privada de serviços. Em relação aos serviços de emergência, há um predomínio do SUS como fonte financiadora (79,4%) (IBGE, 2009).

Na pesquisa AMS 2009, observa-se predomínio do setor público (69,83%) nos estabelecimentos sem internação (ambulatoriais), que incluem os serviços de APS, segundo os dados da tabela 1, porém, essa proporção se alteraria no sentido favorável ao setor privado caso a pesquisa contabilizasse os consultórios particulares. Houve uma ampliação de 35,14% no número desses estabelecimentos no setor público, entre 2002 e 2009, entretanto, observa-se um aumento ainda maior no setor privado (80,63%). Uma diferença importante caracteriza os serviços sem internação, conforme verificamos na tabela 4. Enquanto no setor público predomina o tipo de atendimento geral, próprio dos

serviços de APS, representando 72,38%, nos serviços privados predomina a especialização (60,36%), típica do modelo liberal.

**Tabela 4. Estabelecimentos de saúde sem internação, segundo natureza jurídica e tipo de atendimento. Brasil, 2009.**

Tipo de atendimento	público		Privado		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
<b>Geral</b>	35.600	72,38	1.211	3,19	36.811	42,22
<b>Com especialidades</b>	10.645	21,64	13.858	36,46	24.503	28,10
<b>Especializados</b>	2.937	5,97	22.944	60,36	25.881	29,68
<b>TOTAL</b>	49.182	100,00	38.013	100,00	87.195	100,00

Fonte: IBGE, 2010.

Para analisar as características dos serviços de APS foram utilizadas as informações referentes aos estabelecimentos públicos sem internação que prestam atendimento geral, uma aproximação, pois há unidades da APS que prestam atendimento também em outras especialidades além das básicas<sup>89</sup>.

**Tabela 5. Estabelecimentos públicos sem internação, segundo tipo de atendimento. Brasil, 2002, 2005 e 2009.**

Tipo de atendimento	2002		2005		2009		Variação 2002/2009	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Geral*</b>	24.409	75,39	28.383	67,00	35.600	72,38	12.989	57,45
<b>Com especialidades**</b>	8.976	27,73	10.738	25,35	10.645	21,64	1.669	18,59
<b>Especializados***</b>	2.374	7,33	3.241	7,65	2.937	5,97	563	23,72
<b>TOTAL</b>	32.375		42.362		49.182		16.807	51,91

Fonte: IBGE, 2002, 2006, 2010. Elaboração própria.

\*Estabelecimento que presta serviço nas clínicas básicas.

\*\*Estabelecimento que tem mais de uma especialidade, sendo admitidas até 10, mesmo que uma se destaque.

\*\*\*Estabelecimento de saúde que tem somente uma especialidade.

Observa-se na tabela 5, o predomínio do atendimento geral nos estabelecimentos públicos sem internação, variando de 75,39% em 2002 a 72,38% em 2009, com um aumento de 57,45% no período, coerente com a ampliação do número dos serviços de APS, particularmente da estratégia SF. Os serviços especializados ou com especialidades também aumentaram, mas em menor proporção, 23,72% e 18,59%, respectivamente. Porém, é preciso considerar que, uma parte dos serviços que possuem especialidades faz parte da rede básica, pois alguns centros de saúde ou unidades básicas dispõem de uma estrutura física maior e contam com alguns médicos especialistas.

<sup>89</sup> São consideradas especialidades básicas na APS: clínica médica, ginecologia/obstetrícia e pediatria.

**Tabela 6. Estabelecimentos públicos sem internação com atendimento geral, segundo algumas características selecionadas. Brasil, 2002, 2005 e 2009.**

Tipo de atendimento	2002		2005		2009		variação 2002/2009	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>At. Odontológico</b>	16.281	66,70	21.075	74,25	27.164	76,30	10.883	66,84
<b>Imunização</b>	21.062	86,29	28.976	102,09	33.358	93,70	12.296	58,38
<b>Coleta de exames</b>	9.304	38,12	19.255	67,84	23.066	64,79	13.762	147,91
<b>Geral</b>	24.409	100,00	28.383	100,00	35.600	100,00	11.191	

Fonte: IBGE, 2002, 2006, 2010. Elaboração própria

Na tabela 6, verifica-se um aumento da ordem de 66,84% na proporção de unidades básicas que prestam atendimento odontológico, reflexo da implantação de ESBs, como parte do Programa Brasil Sorridente. Entretanto, há, ainda, uma proporção significativa de unidades de APS que não realizam esse tipo de atendimento (23,70%), que provavelmente é maior, pois foram incluídas nessa tabela apenas as que prestam atendimento geral, o que revela uma limitação na integralidade da atenção.

Há, também, um aumento do percentual de estabelecimentos que realizam imunização (58,38%) em proporção muito próxima do aumento observado de unidades que prestam atendimento geral (57,45% - tabela 5), sugerindo que a maior parte das novas unidades de APS contemplou essa atividade. A proporção de unidades com atendimento geral que realizavam imunização variou de 86,29% em 2002, para 93,70% em 2009 (tabela 6). O fato de esse percentual não atingir os esperados 100% se explica em função de que, em alguns municípios, nem todas as unidades de SF desenvolvem essa ação, como por exemplo, no Distrito Federal. Outra deficiência importante a ser superada.

Em relação à coleta de exames, procedimento fundamental para facilitar o acesso dos usuários a alguns métodos complementares de diagnóstico, observou-se o aumento mais significativo na rede básica (147,91%), porém há ainda um elevado percentual de unidades que não garantem esse procedimento (35,21%). Outras características da rede de APS mostraram-se insuficientes na AMS 2002: apenas 26,5% das unidades dispunham de farmácia/dispensa de medicamentos; somente 21,9% realizavam visita domiciliar; e 19,9% realizavam investigação epidemiológica (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2009). Entretanto, não dispomos de informações nas pesquisas subsequentes para avaliar sua evolução.

Uma característica do trabalho em saúde é a elevada participação de trabalhadores na sua execução, daí a importância da análise de como se estrutura essa força de trabalho. As transformações em curso na forma de contratação dos profissionais, que incluem

vínculos formais (estatutário e celetista) e diversas formas de precarização, além de progressiva especialização, configuram um quadro complexo e de difícil apreensão. A composição da força de trabalho de nível superior vinculada aos estabelecimentos de saúde encontra-se detalhada na tabela 7.

**Tabela 7. Postos de trabalho de nível superior segundo principais ocupações.  
Brasil, 2002, 2005 e 2009.**

Ano	médico		enfermeiro		odontólogo		outros		total	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
<b>2002</b>	466.273	63,90	88.952	12,19	56.995	7,81	117.450	16,09	729.746	100
<b>2005</b>	527.625	60,62	116.126	13,34	71.386	8,20	155.150	17,83	870.361	100
<b>2009</b>	636.017	57,59	163.099	14,77	94.136	8,52	211.016	19,11	1.104.340	100
<b>variação 2002/2009</b>	169.744	36,40	74.147	83,36	37.141	65,17	93.566	79,66	374.594	51,33

Fonte: IBGE, 2002, 2006, 2010. Elaboração própria

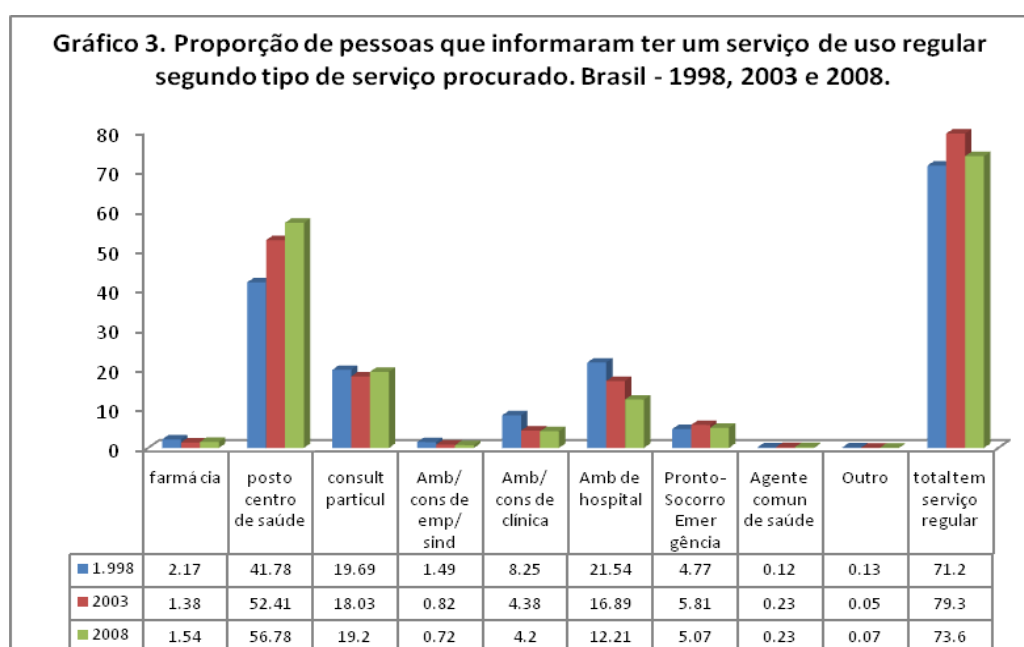
Observa-se uma elevação de 51,33% no total de postos de trabalho em saúde, com predomínio dos postos médicos, porém, com redução de sua proporção ao longo do período, passando de 63,90% para 57,59% do total, resultado da diversificação crescente do trabalho em saúde, com o aumento da participação de diferentes profissões. A ocupação que mais cresceu proporcionalmente foi a de enfermeiro (83,36%), seguida da de odontólogo (65,17%), enquanto os postos de trabalho médicos aumentaram apenas em 36,40% nesses oito anos.

Como expressão da distribuição desigual dos serviços de saúde no Brasil, a pesquisa AMS revelou uma concentração de postos de trabalho na região Sudeste (51,4%), enquanto as regiões Centro-Oeste e Norte contavam com apenas 7,0% e 5,0%, respectivamente, para o ano de 2009. Isso fica mais evidente ao se analisar a taxa de postos de trabalho médico por 1.000 habitantes, segundo a AMS 2009: enquanto a região Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentaram taxas de 4,3, 3,4 e 3,1, respectivamente, as regiões Nordeste e Norte apresentaram taxas abaixo da média brasileira 3,3; 2,3 e 1,9, respectivamente. Há concentração também em relação às capitais, onde vivia 23,7% da população, em 2009, mas onde se localizavam 40,2% dos postos médicos (IBGE, 2010). Uma análise mais detalhada da problemática do trabalho médico será realizada no Capítulo V.

A segunda fonte importante de informações para a análise do sistema de saúde no Brasil é a PNAD, por meio de seu suplemento para a saúde, intitulado Acesso e Utilização de Serviços de Saúde. Essa pesquisa é realizada desde 1998, a intervalos

regulares de cinco anos. Assim, dispomos de informações referentes a um período de dez anos, o que possibilita uma análise da evolução de alguns elementos importantes sobre a prestação de serviços de saúde no Brasil.

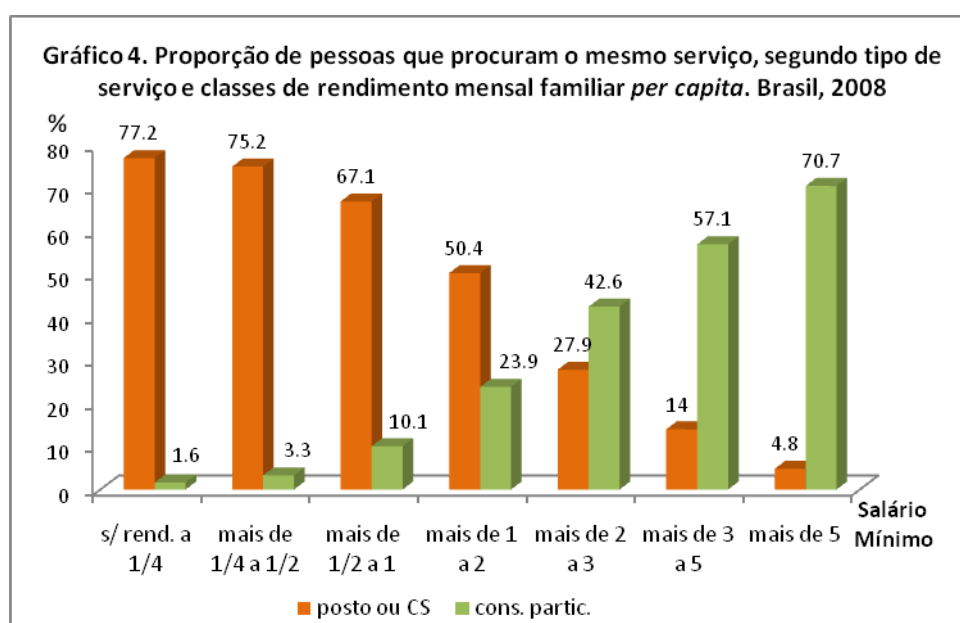
A PNAD inclui informações sobre o uso regular de serviços de saúde, questão importante, porque se espera que a APS ocupe um lugar destacado nesse quesito. Estudos indicam que pessoas que possuem uma fonte regular de APS para a maior parte das suas necessidades de saúde, com o tempo, ficam mais satisfeitas, apresentam melhor adesão às orientações médicas, sofrem menos hospitalizações e buscam menos pronto socorros que as que não têm (OPAS, 2005). O gráfico seguinte apresenta o resultado observado para os três anos pesquisados.



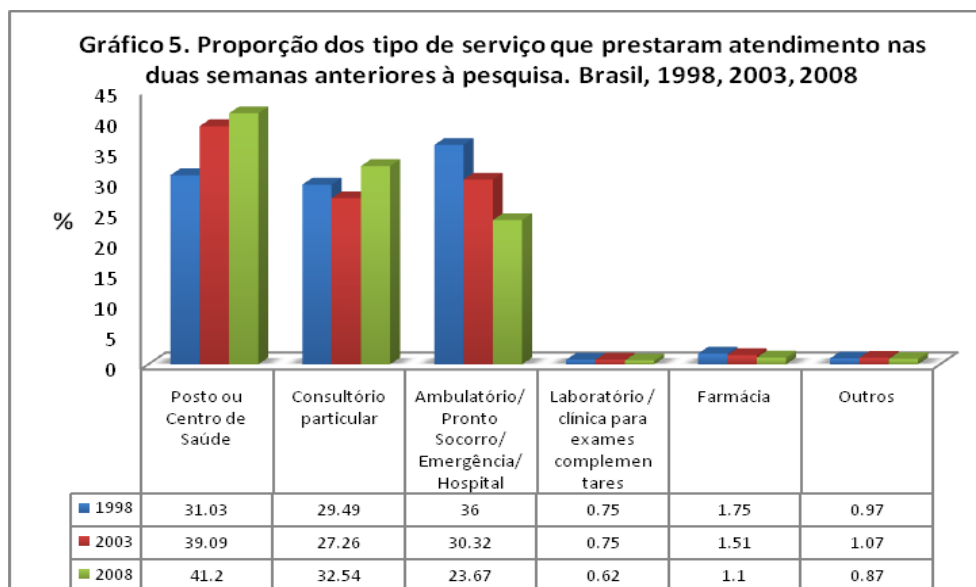
Fonte: IBGE, 2000, 2005, 2010. Elaboração própria

A proporção da população que declara possuir um serviço de uso regular apresentou uma discreta elevação de 71,2% para 73,6%, no período. Porém, entre 2003 e 2008, verifica-se uma queda de quase 6%, o que evidencia uma deterioração na vinculação da população a um serviço específico. Nesse grupo, destacam-se os postos e centros de saúde com a maior proporção, apresentando uma elevação na sua utilização, de 41,78% para 56,78%, menor no período entre 2003 e 2008, atingindo um percentual próximo ao da cobertura de SF. Essa proporção revela uma melhoria na vinculação da população às unidades da APS, mas, por outro lado, evidencia a distância enorme a ser percorrida para que essas se constituam de fato na principal porta de entrada do sistema. É ainda elevado o

percentual de pessoas que procuram hospitais e serviços de emergência para resolver seus problemas de saúde (cerca de 17%), com pequena redução no período. Por outro lado, também é alta a procura por consultórios particulares (em torno de 19%) pela parcela da população que dispõe de planos privados de saúde ou que pode pagar diretamente. Esse quadro expressa o acesso limitado e a qualidade deficiente da APS, levando as pessoas a procurar nos hospitais ou nos serviços privados o atendimento de que necessitam. Essa segmentação do sistema de saúde tem como uma de suas expressões o fato de as unidades de APS funcionarem como porta de entrada apenas para os segmentos de renda mais baixa, com o aumento proporcional da procura por consultórios particulares à medida que aumenta o rendimento familiar, como se verifica no gráfico 4.



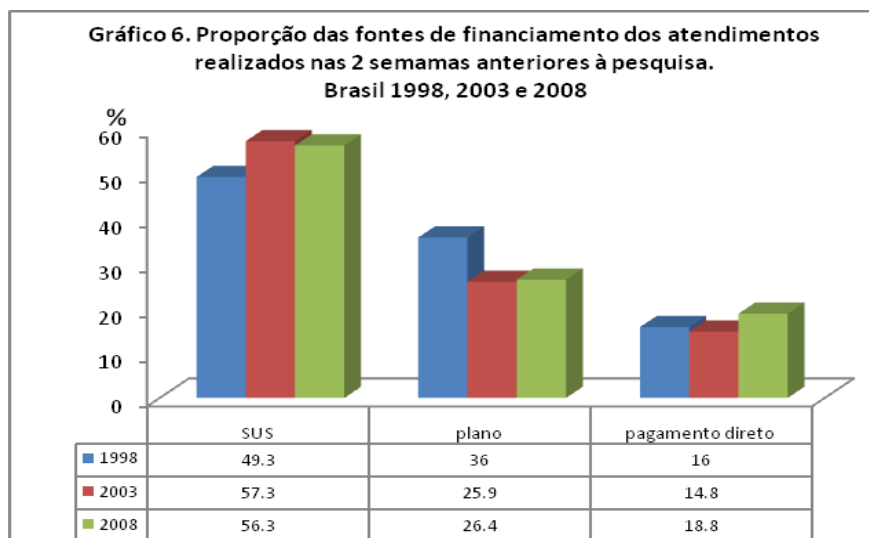
Segundo os dados da PNAD, não houve grande variação nas três pesquisas em relação ao percentual de pessoas que procuraram um serviço de saúde nas duas semanas anteriores à entrevista: 13%, em 1998, 14,6%, em 2003, e 14,5%, em 2008. Observou-se, também, um elevado percentual de atendimento no primeiro serviço procurado (98%, em 1998 e em 2003), com uma pequena redução em 2008 (96,%). É importante ressaltar que esse atendimento leva em conta todos os tipos de serviços, públicos e privados, inclusive com pagamento direto. A análise dos principais tipos de serviços procurados revela algumas diferenças com o perfil encontrado para o uso regular, conforme se observa no gráfico 5.



Fonte: IBGE, 2000, 2005, 2010. Elaboração própria

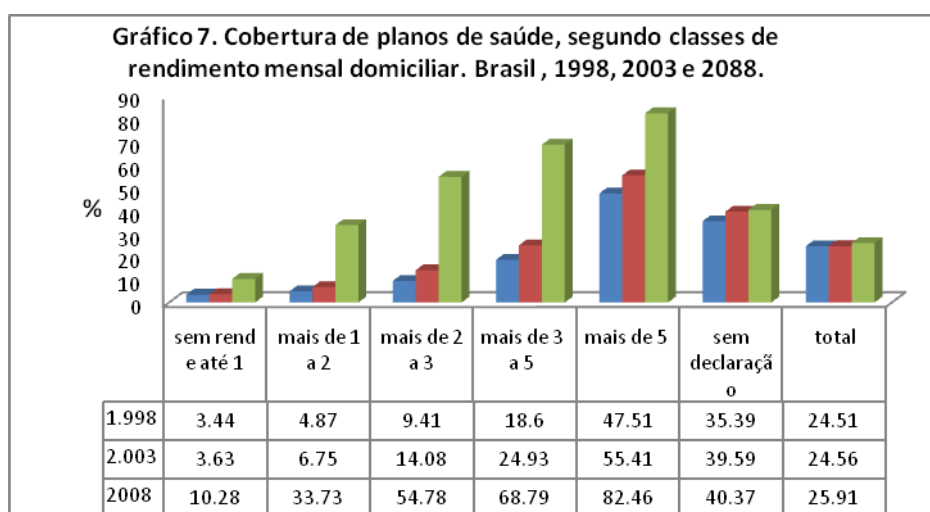
No atendimento mais recente, verifica-se também um predomínio das unidades de APS (posto e centro de saúde), porém numa proporção menor do que a declarada para o uso regular, mas, também, com uma elevação na participação desses serviços ao longo do período, de 31,03%, em 1998, para 41,2%, em 2008, mas muito aquém do que se esperaria para uma APS abrangente e estruturante. Observa-se, também, uma redução na utilização de serviços de emergência e hospitalares proporcionalmente maior do que a ampliação da procura pelos serviços de APS, de 36,0% para 23,57%, nesse caso não discriminados públicos de privados. A procura por consultórios particulares apresenta uma discreta elevação. Chama também a atenção, a baixa (e em redução) proporção de busca por farmácias para resolver problemas de saúde. Assim, fica ainda mais evidente o fato de a APS ainda não se constituir em local preferencial do primeiro contato com o sistema de saúde, apesar dos avanços observados no período. Para que se efetive uma mudança em relação ao modelo atual a proporção da população que utiliza serviços básicos deveria praticamente dobrar.

A análise do financiamento desse atendimento recente revela que o SUS cobriu pouco mais da metade, conforme se verifica no gráfico 6.



Fonte: IBGE, 2000, 2005, 2010. Elaboração própria

O SUS, como sistema universal, deixou descoberto de financiamento quase a metade dos atendimentos recentes, segundo a PNAD. Chama a atenção uma pequena redução da participação do SUS em 2008, no lugar de um aumento, como esperado, além de uma elevação da proporção do pagamento direto nesse ano, em relação a 2003. Mantida a tendência observada nessa última pesquisa, a redução da participação do SUS no financiamento global do atendimento, resultado dos constantes constrangimentos que os recursos públicos destinados à saúde vêm sofrendo, representará um agravamento do descumprimento do direito universal à saúde. Como decorrência, observa-se uma ampliação da cobertura de planos privados nas faixas mais baixas de renda, nos últimos anos, conforme pode ser verificado no gráfico 7.

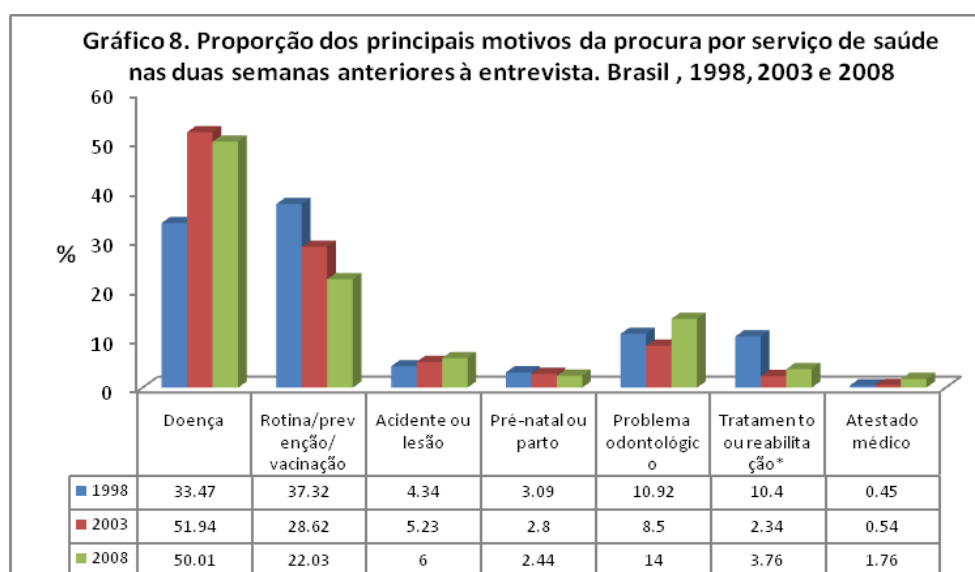


Fonte: IBGE, 2000, 2005, 2010. Elaboração própria



Não se verifica uma elevação significativa na cobertura dos planos privados entre 1998 e 2008, passando de 24,51% em 1998 para 25,91% em 2008. Porém, observa-se um aumento importante na participação desse tipo de assistência nos grupos com rendas mais baixas, principalmente no ano de 2008, quando ocorre um salto em todas as faixas menores que 5 salários mínimos, passando a cobrir 34%, e 55% e 69% das pessoas com renda entre 1 e 2, entre 2 e 3, e entre 3 e 5 salários mínimos, respectivamente, o que significa uma perda de terreno para o SUS nas camadas populares. Não foi possível desmembrar a faixa com rendimento mensal domiciliar maior do que 5 salários mínimos, pois na PNAD 2008, foram agregadas as faixas que nas pesquisas anteriores encontravam-se subdivididas em 5 a 10, 10 a 20 e mais de 20 salários mínimos, o que permitiria verificar com mais clareza o que aconteceu nessas faixas de maior renda.

Os motivos que levaram as pessoas a procurar serviços de saúde nas duas semanas anteriores à entrevista também foram pesquisados pela PNAD, conforme o gráfico 8.



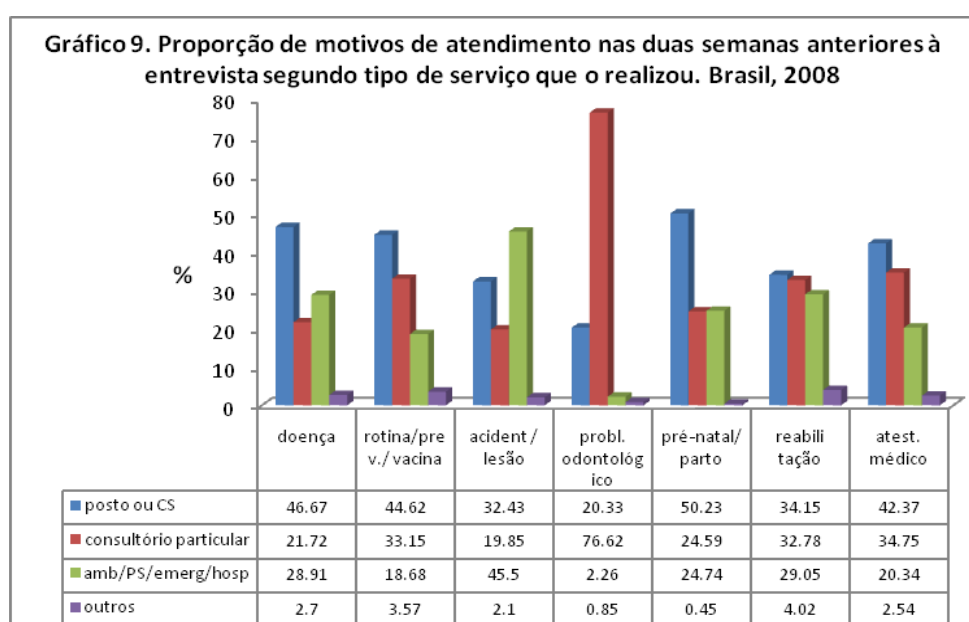
Fonte: IBGE, 2000, 2005, 2010. Elaboração própria

\*Nos anos de 2003 e 2008 o item tratamento ou reabilitação se resumiu à reabilitação, o que explica a redução observada.

Doença constitui-se no principal motivo que levou as pessoas a procurar serviços de saúde a partir de 2003, segundo a PNAD. Em 1998, predominava a busca por consultas de rotina, ações de prevenção e imunização, com 37,32%, ocorrendo uma redução na proporção desse motivo e uma elevação na participação da doença, no período. Destacam-se, também, em terceiro e quarto lugar, os problemas odontológicos e os acidentes/lesões, respectivamente, ambos apresentando aumento, os primeiros como expressão do descaso histórico com políticas de saúde bucal, e os últimos como consequência da urbanização

acelerada e das enormes desigualdades sociais, geradoras de violências e acidentes. Há, ainda, uma pequena redução na participação do pré-natal e parto, provavelmente resultado da diminuição da natalidade e da fecundidade no Brasil. Observando-se o quadro de motivos, pode-se concluir que a maior parte é objeto de atendimento de serviços de APS (maioria das doenças, prevenção, pré-natal, problema odontológico, pequenos acidentes e lesões e uma parte da reabilitação).

A distribuição de motivos de procura por atendimento segundo o tipo de serviço que o realizou, conforme a PNAD 2008, pode ser visualizada no gráfico 9.

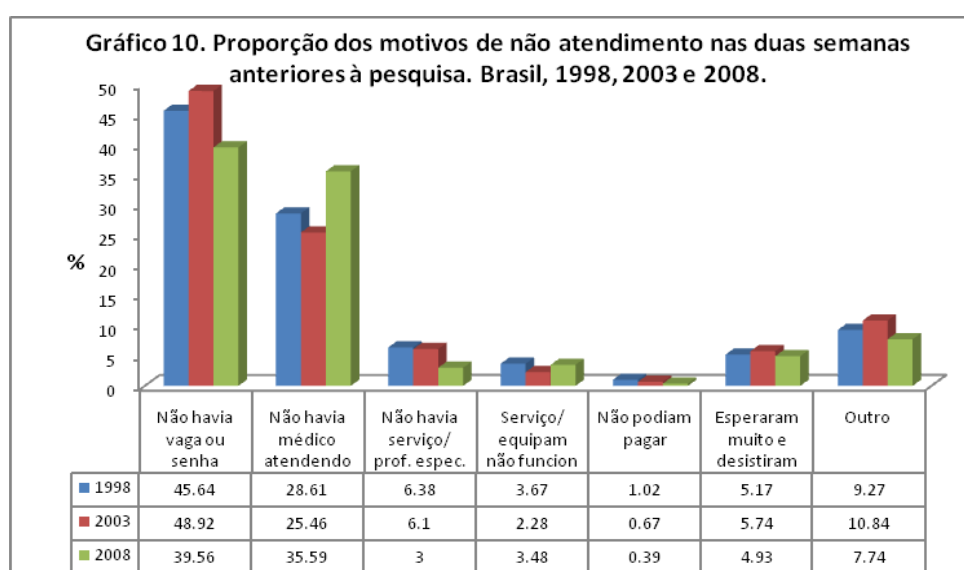


Fonte: IBGE, 2010. Elaboração própria

Os postos/centros de saúde foram os serviços que realizaram a maior proporção de atendimentos para a maioria das causas selecionadas, com maior participação no pré-natal (50,23%), doença (46,67%) e consultas de rotina/prevenção/vacinação (44,62%), porém, nunca excedendo a metade dos atendimentos, e apenas nos dois primeiros, apresenta uma diferença mais significativa em relação aos consultórios particulares. No caso de acidentes/lesões os postos/centros de saúde são o segundo serviço mais procurado (32,43%), ficando atrás dos hospitais e serviços de emergência (45,50%). O mesmo ocorre com os problemas odontológicos, com um predomínio absoluto do consultório particular (76,62%), ficando os postos/centros de saúde em segundo lugar, com apenas 20,33% dos atendimentos. Nesse último caso, a ampliação dos serviços públicos a partir do Programa Brasil Sorridente revelou-se ainda bastante insuficiente para garantir a satisfação das

necessidades da população, o que obriga parcela significativa a recorrer aos serviços privados, geralmente pagos de forma direta.

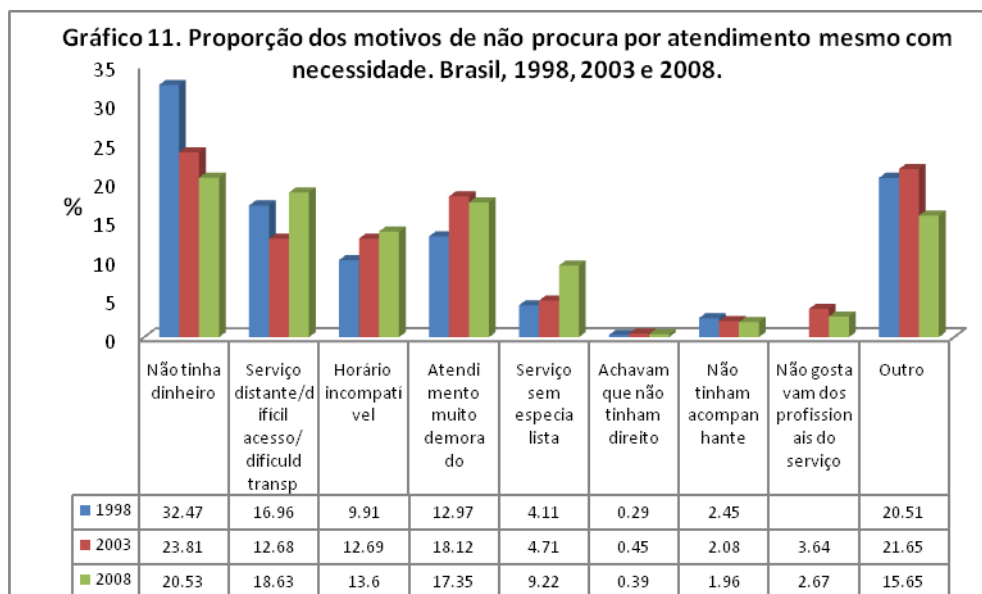
Para ampliar a compreensão dos problemas de acesso aos serviços de saúde, um elemento importante é avaliar o não atendimento. O contingente de pessoas que procuraram os serviços de saúde e não foram atendidas corresponde a apenas 2% nos anos de 1998 e 2003, e 4%, em 2008, apesar de um percentual baixo, ele dobrou no último ano pesquisado. Vale lembrar que estão incluídos todos os serviços nesse atendimento (público, planos privados e pagamento direto).



Fonte: IBGE, 2000, 2005, 2010. Elaboração própria

Os principais motivos relacionados com os problemas de acesso foram: falta de vaga e insuficiência de médicos; ou seja, incapacidade de os serviços darem conta da demanda, por limitações de infraestrutura ou de pessoal, representando juntos em torno de 75% das negativas de atendimento, no período. A ausência de serviço ou profissional especializado e a demora no atendimento, levando à desistência, aparecem em terceiro e quarto lugar, dependendo do ano considerado. Observa-se uma redução no percentual dos que não foram atendidos porque não podiam pagar, coerente com o aumento da cobertura por planos de saúde nas faixas de renda mais baixa, no período. Todos esses motivos, somados à elevada procura pelos serviços privados, indicam os limites atuais do sistema público brasileiro.

Há, ainda, aqueles que, mesmo sentindo necessidade de atendimento, não procuraram um serviço de saúde. Os motivos encontram-se no gráfico 11.



Fonte: IBGE, 2000, 2005, 2010. Elaboração própria

Apesar de apresentar uma redução significativa no período, a falta de dinheiro aparece como a principal causa para a não procura por atendimento no período considerado, o que indica claramente que são as camadas mais pobres as mais penalizadas pelas limitações do sistema de saúde. Os problemas relacionados com a estrutura e organização dos serviços em conjunto (difícil acesso, horário de funcionamento, demora no atendimento e falta de especialista) respondem por mais da metade dos motivos que impedem as pessoas de procurá-los, e sinalizam importantes questões a serem considerados para a ampliação do acesso.

Para enfrentar esse conjunto de problemas é necessária uma ampliação significativa no número, no horário de funcionamento e na capacidade resolutive das unidades, o que pressupõe aumento do número de profissionais, adequação na sua vinculação, com garantia de direitos trabalhistas e condições de trabalho, além de acesso aos exames complementares e aos serviços especializados necessários a cada caso, com serviços integrados em rede na perspectiva da continuidade da atenção. Além disso, é necessário desenvolver uma gestão democrática, que envolva os trabalhadores de saúde na reorganização dos serviços e do processo de trabalho, a constituição efetiva do trabalho em equipe, com o objetivo de melhorar o acolhimento e facilitar o acesso dos usuários. Porém, sem uma elevação importante no volume de recursos financeiros disponíveis, essas tarefas se tornam muito difíceis. Para completar a caracterização da situação da APS no Brasil, consideramos importante contemplar o posicionamento relativo à APS da principal instância de controle democrático.

### 3.7 Conferências Nacionais de Saúde e atenção primária

Na história recente das políticas de saúde no Brasil, as CNS, desde a 8ª, realizada em 1986, ocuparam um lugar importante na discussão dos problemas e na definição dos rumos a serem seguidos. Esse espaço tem contado com ampla participação de representantes de usuários, trabalhadores em geral e da saúde, além de gestores das três esferas de governo. Entretanto, essa força social nem sempre tem conseguido transformar suas deliberações em políticas concretas implementadas pelos governos. Realizou-se uma sistematização das deliberações relativas à APS das cinco últimas CNS (da 10ª, em 1996, à 14ª, em 2011), com o objetivo de incorporar neste trabalho uma parte da expressão dos usuários e dos trabalhadores da saúde, uma forma de captar a visão dos setores mais mobilizados da sociedade sobre essa política.

A análise do Quadro 1 (Anexo 1) evidencia uma série de questões essenciais para uma APS abrangente, que vêm sendo tratadas ao longo deste trabalho. As CNS afirmaram a importância de a APS constituir-se como principal porta de entrada e estruturadora do sistema de saúde. A estratégia de SF foi considerada como uma das estratégias para a organização da APS (11ª CNS) e passou a ser considerada como a principal na 14ª CNS. Desde a 10ª CNS, considerou-se importante que a implantação da SF levasse em conta as necessidades locais, e rompesse com o modelo de programas verticais e paralelos, garantindo sua articulação com a rede de serviços e a referência e contra referência. Do mesmo modo, aprovou-se a necessidade de superação da fragmentação das ações e da focalização do programa, expressão das limitações que marcaram o seu início, mas que persistem em boa parte dos municípios, conforme verificado anteriormente. A integralidade, a resolutividade e a intersetorialidade das ações são reafirmadas como princípios a serem concretizados.

Uma série de propostas dirigidas à SF visa à melhoria do acesso e da integralidade das ações: ampliação da cobertura até atingir a universalidade; inclusão de outros profissionais além da equipe mínima e, posteriormente, diminuição do número de ESF para cada NASF e seu financiamento para pequenos municípios; ampliação da cobertura das ações de saúde bucal, garantindo uma ESB para cada ESF; financiamento de um número menor de pessoas por ESF<sup>90</sup>; melhoria da estrutura física das unidades

---

<sup>90</sup> A Portaria nº 2.027 de 25 de agosto de 2011, estabeleceu o número máximo de pessoas por família em 4.000, com média de 3.000, e o número máximo de pessoas por ACS de 750. A Portaria nº 1886/1997

(reforma e construção); ampliação da lista de medicamentos básicos para garantir o atendimento da demanda; criação de terceiro turno nas unidades, de acordo com as necessidades locais; incorporação de práticas integrativas e complementares como acupuntura e homeopatia; desenvolvimento da humanização das ações e do acolhimento aos usuários.

Em relação à gestão e aos profissionais de saúde foram aprovadas propostas consoantes com as diretrizes do SUS: vinculação institucional mediante prévio concurso público, com garantia de direitos trabalhistas e instituição de Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS); investimento na mudança da formação dos profissionais, atualmente centrada na doença, além de priorização de vagas em especialização, residências médica e multiprofissional para áreas da atenção básica e SF; indicação/eleição para chefias de unidades de profissionais de carreira com compromisso com o SUS, rompendo com o clientelismo e o apadrinhamento político; rejeição de todas as formas de terceirização da gestão das unidades de saúde e implantação de conselhos gestores em todos os serviços, como forma de fortalecer o controle social e a participação popular.

Esse elenco de proposições, aprovadas nas cinco CNSs analisadas, sistematiza os caminhos para a superação de uma série de problemas enfrentados pela APS, tanto no modelo tradicional como na estratégia SF, apontando na direção oposta à da hegemonia neoliberal. É verdade que algumas proposições, com o tempo, foram acolhidas pelo MS, como a inclusão da saúde bucal, de outros profissionais e das práticas integrativas e complementares, bem como a redução do número de pessoas por equipe e de financiamentos específicos para contemplar desigualdades de acesso. Porém, elas o foram sempre de forma limitada em função das restrições financeiras.

Há também um elenco de propostas que envolve os compromissos técnicos e políticos dos diversos níveis de gestão com os princípios do SUS: superação da terceirização, garantia do controle social e chefias preenchidas por quadros de carreira do sistema. Porém, para implementar uma APS abrangente como estratégia para a estruturação do SUS, além de questões como o modelo a ser adotado, a formação e a inserção dos diversos trabalhadores de saúde, particularmente os médicos, e as modalidades de gestão democrática do sistema, é fundamental a garantia de financiamento adequado às necessidades. Nesse caso, apesar de todas as CNS terem reiterado a necessidade de garantir a destinação de recursos necessários à efetivação do direito à

saúde, o resultado da correlação de forças em torno da atuação do Estado e da destinação do fundo público, não tem sido favorável à garantia desse direito.

Com a persistência das políticas de cunho neoliberal, mesmo após a emergência ao governo federal de forças consideradas de esquerda, apoiadas por amplo leque de forças conservadoras, o que se observa é que os avanços limitados na implementação do SUS no período, cada vez mais configuram uma espécie de norte-americanização da política de saúde, consolidando um sistema marcado pelo *universalismo excludente*, voltado para os que não podem adquirir um plano ou seguro privado de saúde, e para ações que não interessam à iniciativa privada, por exigirem grandes investimentos.

Um exemplo da segmentação do sistema pôde ser verificado com a divisão entre os que procuram as unidades da APS e os que buscam os consultórios particulares, de acordo com a renda (gráfico 6). Essa segmentação reproduz em relação ao acesso e à qualidade da atenção, as mesmas desigualdades observadas nas condições de saúde, a despeito de todo o arcabouço jurídico-legal do SUS. Assim, a tão sonhada mudança do modelo assistencial fica limitada ao que é possível, num contexto em que o ajuste estrutural mantém-se como prioridade política, imponto sérias restrições orçamentárias às políticas sociais de cunho universal, consolidando o que Paim (2006) denominou de *apartheid sanitário*.

## Capítulo IV

### Financiamento da saúde e da APS no Brasil – contexto e determinantes

Para uma compreensão mais abrangente da situação do financiamento da APS e da saúde como um todo no Brasil, no contexto das políticas sociais, em especial da seguridade social, é necessário abordar os determinantes envolvidos no processo de definição do montante de recursos que o Estado brasileiro destina à implementação dessas políticas, num contexto de persistente hegemonia do neoliberalismo e de crise do modo de produção capitalista. A crise que caracteriza o momento atual do capitalismo, conforme discutido no Capítulo I, põe em risco a própria sobrevivência da humanidade, cujas expressões mais sérias são a corrosão crescente do trabalho e a destruição dos recursos da natureza. Em momentos como esse, a disputa em torno das prioridades de investimento para os recursos públicos torna-se mais aguçada e as políticas sociais tendem a perder terreno, caso não ocorra uma forte reação das classes interessadas na sua execução.

Impõe-se, portanto, a necessidade de analisar os mecanismos de conformação do fundo público, de como o Estado via sistema tributário compõe os recursos que serão destinados ao desempenho de suas diversas funções e de como é priorizada a sua distribuição de acordo com a correlação de forças na sociedade. Assim, é possível desvelar que classes financiam as políticas sociais e como são conformadas essas políticas, em função do volume de recursos destinados à sua implementação.

Para tanto, retomam-se aqui conceitos desenvolvidos no Capítulo I acerca do papel contraditório desempenhado pelo Estado ao favorecer, de um lado, o desenvolvimento capitalista, os interesses privados e, de outro, a reprodução da força de trabalho, necessária à própria reprodução social, aí incluídas as políticas de saúde. Daí, as contradições que envolvem os diversos interesses que disputam a destinação do fundo público que terminam por determinar seus principais beneficiários.

#### 4.1 Etapa atual do capitalismo – capital fictício e crise

Como discutido no Capítulo I, após os chamados “anos gloriosos”, marcados por um crescimento econômico sem precedentes e pela ampliação das ações do Estado, nos países centrais, o capitalismo enfrenta uma crise estrutural, conforme caracterizada por



Mészáros (2009), a qual se inicia em meados dos anos 1970, com períodos de agudização, sendo o mais recente desencadeado em 2007, nos EUA. Para enfrentar essa crise, as classes dominantes buscaram as velhas ideias liberais de não intervenção do Estado na área econômica e de redução do seu papel na implementação de políticas sociais, com o objetivo de derrotar a classe trabalhadora na sua luta por melhores salários e condições de vida, e impor o seu projeto de classe, que significa recuperar as taxas de lucro, com o custo do aumento da concentração de riqueza e de poder, sem precedentes. A compreensão das raízes dessa crise é fundamental para o entendimento dos problemas enfrentados pelo financiamento das políticas sociais nas décadas recentes.

O atual estágio de desenvolvimento do capitalismo decorre de dois processos que se reforçam: de um lado, “a consolidação de uma forma específica de acumulação de capital, na qual uma fração sempre mais elevada conserva a forma dinheiro e pretende se valorizar pela via das aplicações financeiras nos mercados especializados”, a chamada “mundialização financeira” (CHESNAIS, 2005, p. 20); e de outro, a hegemonia da liberalização, desregulamentação e privatização, que compõem as políticas neoliberais. Essas iniciativas se inserem num contexto de tentativa, por parte do capital, de manter a sua acumulação.

Desde meados da década de 1960, o capital passou a enfrentar obstáculos à sua valorização. Nos países centrais, um dos principais limites está relacionado com o trabalho, que além de escasso, graças à organização e luta da classe trabalhadora, alcançou salários melhores e políticas sociais abrangentes que representavam um salário indireto. O capital precisava de trabalho mais barato e mais dócil. Para isso, lançou mão de uma série de medidas: estimular a imigração, adotar tecnologias poupadoras de trabalho, deslocar-se para lugares com trabalho excedente, incorporar mulheres e populações rurais; e adotar políticas draconianas para derrotar o movimento sindical, minando o poder do trabalho, para impor um retrocesso em relação às conquistas do período anterior. Tudo isso com o objetivo de obter lucros fáceis, à la dama de ferro, nos anos 1980, no Reino Unido (HARVEY, 2011).

Entretanto, com a imposição de níveis salariais mais baixos e várias formas de precarização das relações de trabalho, o capital resolveu o problema do custo do trabalho, mas criou outro, uma vez que salários arrochados pressupõem consumo reduzido e escassez de demanda efetiva<sup>91</sup>, necessária à expansão da produção das empresas

---

<sup>91</sup> Demanda efetiva é definida por (HARVEY, 2011, p. 92) como necessidades, vontades e desejos, apoiados pela capacidade de pagar. Ou seja, o potencial de consumo das mercadorias produzidas.

capitalistas. Para fazer frente a isso, o capitalismo lançou mão do que Harvey (2011, p. 22) denominou de “indústria dos cartões de crédito” e, do conseqüente, aumento do endividamento. O crédito passou a financiar todo tipo de produto e serviço. Para controlar os riscos envolvidos nesse processo, várias inovações financeiras foram criadas, entre elas, a securitização<sup>92</sup>, que, ao partilhar o risco, cria a ilusão de que ele já não existe. O chamado capital fictício<sup>93</sup> passa a ocupar progressivamente o centro da dinâmica capitalista (HARVEY, 2011).

O corolário desse processo de tentativa de recuperação da demanda seria a criação de um sistema global de mercados financeiros. Conforme constata Chesnais (2005), no capitalismo contemporâneo, o capital portador de juros<sup>94</sup> ocupa lugar central nas relações econômicas e sociais. Para isso, foi necessário um processo de liberação do movimento de capitais, de desregulamentação dos sistemas financeiros e, além disso, de adoção de “políticas que favorecessem e facilitassem a centralização dos fundos líquidos não reinvestidos das empresas e das poupanças das famílias” (CHESNAIS, 2005, p. 36).

Chesnais (2005) conceitua a acumulação financeira da seguinte forma:

centralização em instituições especializadas de lucros industriais não reinvestidos e de rendas não consumidas, que têm por encargo valorizá-los sob a forma de aplicação em ativos financeiros – divisas, obrigações e ações – mantendo-os fora da produção de bens e serviços (CHESNAIS, 2005, p. 37).

---

<sup>92</sup> Securitização é uma operação bancária por meio da qual “os títulos assim ‘fabricados’ podem ser vendidos nos mercados em pequenos lotes a múltiplos investidores (institucionais) (...) então, os créditos duvidosos saem do balanço do banco”. É, portanto, uma forma dos bancos “livrarem-se” dos créditos arriscados. (LORDON, 2007 *apud* SALVADOR, 2010, p 108).

<sup>93</sup> Para Marx (1984b), o dinheiro concentrado nos bancos, ao ser emprestado, se duplica em dinheiro e em títulos, que representam apenas **direitos sobre dinheiro**. “Com o desenvolvimento do capital portador de juros e do sistema de crédito, todo capital **parece** duplicar-se e às vezes triplicar-se em virtude das diferentes formas em que o mesmo capital ou o mesmo título de crédito se apresenta em diferentes mãos. **A maior parte deste ‘capital-dinheiro’ é puramente fictícia**. Excetuando o fundo de reserva, todos os depósitos, embora sejam créditos contra o banqueiro, **não têm existência efetiva**” (MARX, 1984b, p. 541) (sem grifo no original). E mais adiante: “no sistema de crédito, tudo se duplica e triplica e se converte em **pura fantasmagoria** (...)” (MARX, 1984b, p. 543) (sem grifo no original). Assim, o conceito de capital fictício diz respeito à multiplicação ilusória da riqueza realmente existente, tendo como base o capital portador de juros, por intermédio dos mecanismos monetários e financeiros. Como ressalta Marx (1984b, p. 533), o “capital dinheiro é sempre uma forma transitória do capital, distinta das outras formas, o capital-mercadoria e o capital-produtivo”. “Na realidade todos esse papéis constituem apenas **direitos acumulados, títulos jurídicos sobre produção futura, e o valor-dinheiro ou o valor-capital ora não representa capital algum**, como é o caso das apólices da dívida pública, ora é regulado de maneira independente do valor do capital efetivo que esses papéis configuram” (MARX, 1984b, p. 539) (sem grifo no original).

<sup>94</sup> Capital portador de juros, ou capital financeiro, ou simplesmente finança é a designação para uma forma específica de acumulação em que o capital dinheiro busca se valorizar fora do processo de produção, por meio de aplicações financeiras em mercados especializados (CHESNAIS, 2005). Na Nota do tradutor (CHESNAIS, 2005, p. 28) encontramos outra definição: “uma combinação do capital portador de juros, como é definido por Marx, com o capital fictício, e em seu comportamento predomina o aspecto especulativo e rentista”.

Assim, o capitalismo criou uma forma de resolver o problema do crescente capital excedente da produção de bens e serviços. Uma parte desse excedente é reinvestida na expansão da produção que, segundo Harvey (2011), é cada vez menor em função da queda nas margens de lucro global. A outra parte foi progressivamente destinada à “especulação em ativos, porque era onde lucros eram passíveis de ser realizados” (HARVEY, 2011, p. 32). Depois da onda de privatizações que varreu o mundo, nas décadas de 1980 e 1990, apoiada no argumento da ineficiência do Estado, mas cuja motivação real era uma “tentativa desesperada de encontrar mais locais para colocar o excedente de capital”, a financeirização passou a ser uma necessidade para a sua própria sobrevivência (HARVEY, 2011, p. 32).

Esse processo de acumulação financeira havia sido interrompido, nos EUA, devido à crise dos anos 1930 e aos efeitos da Segunda Guerra Mundial, sendo retomado na década de 1950. Na Europa, a acumulação financeira contemporânea reinicia-se na década de 1960, como resultado dos excedentes obtidos na “idade de ouro” do capitalismo, que passam a ser investidos em títulos de seguros de vida. Chesnais (2005) destaca outro elemento que contribuiu para a financeirização: o pagamento mensal de salários, na década de 1960, com a obrigação imposta aos assalariados de abrir conta em bancos, levando, com isso, uma massa de dinheiro para essas instituições.

Chesnais (2005) reconstitui as etapas de desenvolvimento da acumulação financeira contemporânea. A primeira base internacional do capital portador de juros foi constituída em 1958, em Londres, o chamado “mercado de eurodólares”, um mercado interbancário de capitais líquidos registrados em dólares – “lucros não repatriados e não reinvestidos na produção são depositados em eurodólares pelas firmas transnacionais norte-americanas” (CHESNAIS, 2005, p. 38). Com a desaceleração do fim da “idade de ouro”, os governos tentaram prolongar a sua atuação a partir da criação de créditos, resultando na acumulação de capital especulativo<sup>95</sup>, o que explica, segundo Chesnais (2005), por que a crise de 1974-1975 constituiu-se numa primeira forma de crise financeira, em cujo epicentro estavam os bancos.

A segunda etapa é aquela que Harvey (2011, p. 24) caracterizou como a de “exportação de capital e o cultivo de novos mercados” para ampliar a demanda. A partir de

---

<sup>95</sup> Harvey (2011, p. 51) considera que “*especulação* se refere a uma situação em que um excesso de capital é aplicado em atividades nas quais os retornos são potencialmente negativos, mas que a euforia do mercado permite disfarçar”. E reforça que a circulação de capital é inerentemente arriscada e sempre especulativa. Já Chesnais (2005, p. 50) adota a definição de Kaldor – transação sobre uma mercadoria “em que o motivo (...) é a antecipação de ganho que nasce de uma variação de preço e não uma vantagem resultante do uso do bem, de uma transformação qualquer ou de uma transferência de um mercado para outro”.

1976, diante do excesso de “petrodólares” nos bancos internacionais e da baixa rentabilidade nos EUA, foi realizada uma operação que Chesnais (2005) denominou de “reciclagem” dos petrodólares, transformados em empréstimos milionários para os países da periferia do sistema que, iludidos com os créditos aparentemente vantajosos, embarcaram no que, na década seguinte, foi chamado de crise da dívida.

O “golpe de 1979”, assim denominadas as medidas adotadas pelos EUA, produziu sérias consequências para os países devedores: liberação dos mercados de títulos da dívida pública, alta do dólar e elevação das taxas de juros norte-americanas. Esse “golpe” gerou a “ditadura dos credores” (CHESNAIS, 2005, p. 39). As taxas de juros multiplicadas por três ou quatro tornaram inviável o pagamento das dívidas; a única forma de arcar com o serviço da dívida era realizar novos empréstimos. Com o endividamento, o FMI passa a impor pacotes de ajuste estrutural com o objetivo de garantir o pagamento aos bancos, ampliando de forma significativa a dominação dos países centrais sobre os periféricos (HARVEY, 2011; CHESNAIS, 2005).

É assim que Chesnais (2005) caracteriza a dívida pública:

Independente de seu contexto histórico específico, a dívida pública sempre teve por origem as **relações de classe e o poder político que permitem aos ricos escapar amplamente**, ou mesmo quase completamente, **dos impostos**. Uma vez que seu montante ultrapassa certo teto, seu reembolso se assemelha ao tonel das Danaides<sup>96</sup>. A dívida se recria sem cessar (CHESNAIS, 2005, p. 39). (sem grifo no original)

A dívida pública assume um lugar de destaque no processo de acumulação financeira tanto nos países ricos quanto nos pobres, uma vez que se torna permanente a necessidade de recorrer a empréstimos para fazer face aos pagamentos do serviço da dívida. Assim, ocorre o que Chesnais (2005, p. 41) caracteriza como “duplo presente às rendas elevadas: beneficiam-se da redução de impostos e emprestam a taxas elevadas”. A riqueza produzida se transforma em impostos diretos e indiretos e é transferida para o sistema financeiro por meio da parcela cada vez maior dos orçamentos públicos destinada ao pagamento do serviço da dívida.

A centralização do poder do dinheiro por meio do sistema de crédito dá a uma classe privilegiada de financistas um poder superior ao de outros setores das classes dominantes (produtores, comerciantes e proprietários), o que não dizer em relação aos trabalhadores. Não que haja uma separação estrita entre a finança e a indústria, na

---

<sup>96</sup> Na mitologia grega, as Danaides eram as cinquenta filhas de Dânaos, rei de Argos. Por assassinares seus maridos, elas foram condenadas por Júpiter a passar a eternidade enchendo um tonel sem fundo. CHESNAIS, 2005, p. 39).

realidade há “uma interpenetração entre capital de empréstimo e capital industrial, apesar de o primeiro ser exterior à produção” (CHESNAIS, 2005, p. 52). O sistema de crédito tem no seu centro um conjunto de acordos, que Harvey (2011) denomina de “nexo Estado-finanças”. Para o autor, isso caracteriza a confluência do poder estatal e das finanças, o que significa ver o Estado e o capital como estreitamente relacionados. Não que haja uma identidade entre eles, mas

existem estruturas de governança (como o poder sobre a confecção da moeda real no passado e os bancos centrais e ministérios do Tesouro hoje) nas quais a **gestão do Estado para a criação do capital e dos fluxos monetários torna-se parte integrante, e não separável da circulação do capital**. A relação inversa também se sustenta na medida em que impostos ou empréstimos fluem para os cofres do Estado e na medida em que **as funções do Estado também se monetarizam, mercantilizam e, finalmente, privatizam** (HARVEY, 2011, p. 47-8) (sem grifo no original).

Esse nexo Estado-finanças representa o sistema nervoso central da acumulação de capital, exercendo um poder nada transparente não só sobre a circulação e acumulação de capital, mas, sobre quase todos os aspectos da vida social. “Boa parte do que acontece dentro dos bancos centrais e ministérios das finanças dos Estados contemporâneos é ocultada e envolta em mistério” (HARVEY, 2011, p. 52). Esse nexo Estado-finanças também se reproduz no plano internacional, com a criação de organismos com caráter de Estado, como o BM e o FMI, além de órgãos como a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e o atual G-8. Quando o sistema financeiro e o nexo Estado-finanças fracassam, o mundo assiste a crises como a de 1929 e a de 2008, cujos reflexos se estendem até os dias atuais.

Voltando à dívida pública, foi nos países centrais que ela garantiu ao capital portador de juros maior acumulação financeira, a partir da chamada “titulização” dos compromissos da dívida pública, um processo em que ocorre a “conversão de dívidas contratuais em dívidas mobiliárias negociáveis nos mercados financeiros internacionais” (CHESNAIS, 2005, p. 40). Com a “titulização”, as altas taxas de juros, e a liberalização dos movimentos de capitais, entra em cena um novo ator, os fundos de pensão, em busca de locais de aplicação para aumentar seus rendimentos. Os investidores institucionais<sup>97</sup>

---

<sup>97</sup> Investidores institucionais referem-se às instituições financeiras não bancárias: fundos de pensão, fundos de aplicação coletivos e sociedades seguradoras, assim como empresas financeiras especializadas que gravitam em torno delas (CHESNAIS, 2005, p. 26). Esses organismos, segundo CHESNAIS (2005, p. 37), “fizeram da centralização dos lucros não reinvestidos das empresas e das rendas não consumidas das famílias, especialmente os planos de previdência privados e a poupança salarial, o trampolim de uma acumulação financeira de grande dimensão”.

passam, progressivamente, a partir da década de 1980, a ocupar o lugar dos bancos como “polo da centralização financeira e lhes tomam parte de sua atividade de empréstimo” (CHESNAIS, 2005, p. 41).

O lugar central que os investidores institucionais vão ocupar na acumulação financeira, nos países anglo-saxões e no Japão, decorre do fato de terem sido os primeiros a se beneficiar com a desregulamentação monetária e financeira e, particularmente, com a opção desses países por sistemas de previdência privada, o que levou ao surgimento das “caixas de previdência de empresas ou da administração pública como principais atores da finança de mercado”, no fim dos anos 1970, isso somado aos poderosos estímulos fiscais (CHESNAIS, 2005, p. 41). Nos demais países centrais, são as sociedades de seguros que ocupam essa posição.

A mundialização financeira é constituída, segundo autores clássicos, por três elementos:

a desregulamentação ou liberalização monetária e financeira; a descompartmentalização dos mercados financeiros nacionais e a desintermediação, a **abertura das operações de empréstimos, antes reservadas aos bancos, a todo tipo de investidor institucional**. (...) A descompartmentalização interna abriu caminho para a (des)especialização progressiva dos bancos em nome da concorrência e da liberalização de empreendimentos. O terceiro “D”, a “desintermediação”, permite às instituições financeiras não bancárias ter acesso aos mercados como emprestadoras (CHESNAIS, 2005, p. 46). (sem grifo no original)

Esses processos foram conduzidos de forma acelerada, sob a batuta do FMI e do BM, comandados pelos EUA, o principal interessado nesse processo, pois reafirmaram sua hegemonia, ameaçada nos últimos anos e recuperada graças aos mercados financeiros. Daí, que os principais investidores institucionais são norte-americanos.

Chesnais (2005) chama a atenção para o fato de que a financeirização se imiscui em todos os campos da vida social, alterando inclusive a inserção dos próprios trabalhadores, com a emergência dos fundos de pensão. Esses fundos acumulam as contribuições dos assalariados com o objetivo de lhes garantir uma pensão fixa quando se aposentarem, mas, nas mãos dos gestores dos fundos, ocorre o que Chesnais (2005, p. 51) denomina de “alquimia própria da centralização financeira”: a “poupança acumulada se transforma em capital”. Isso conduz os fundos de pensão a organismos centrais entre as instituições financeiras não bancárias, cuja função é maximizar o rendimento desse capital. Assim, produz-se uma mutação na “natureza econômica da poupança, cuja abrangência social e cujas implicações políticas não podem ser escamoteadas”. Os aposentados beneficiários dos fundos de pensão passam de “poupadores” a “partes interessadas das

instituições cujo financiamento repousa na centralização de rendimentos fundados na exploração dos assalariados ativos”. Os trabalhadores são, assim, fragmentados: de um lado, como assalariados e, de outro, como “auxiliares das camadas rentistas da burguesia” (CHESNAIS, 2005, p. 52).

Granemann (2012), ao analisar o papel dos fundos de pensão no processo atual de acumulação de capital, considera ser a previdência privada fechada um dos grandes “achados” do grande capital, pois, por meio desse mecanismo, consegue extrair além da mais-valia, uma parte significativa do trabalho necessário. Isso se dá por meio de duas estratégias fundamentais: desmonte das políticas sociais (privatização da previdência social) que abre espaço para novos negócios (previdência privada); poderosos mecanismos de convencimento ideológico, que levaram os trabalhadores a poupar parte do seu salário (trabalho necessário) com a expectativa de garantir uma aposentadoria tranquila, por meio da previdência complementar. Os trabalhadores passam, assim, a consumir essa nova mercadoria, e com isso, a alimentar o capital financeiro, o seu salário transforma-se em capital, e como tal, busca as melhores oportunidades de aplicação (GRANEMANN, 2012).

Dessa forma, a etapa atual de desenvolvimento do capitalismo, além de significar um aumento da exploração dos assalariados, com redução salarial, flexibilização das relações de trabalho, reestruturação produtiva e precarização, representa, também, a entrada do capital nos mais diversos campos de ação do Estado, desde a privatização inicial dos serviços públicos, como água, luz, gás e eletricidade, que garantiram ganhos regulares e seguros, até a privatização dos sistemas de previdência e saúde, que trouxeram parcelas volumosas de recursos para o mercado financeiro. Para Chesnais (2005) esse processo constituiu a coluna vertebral das políticas governamentais de sustentação do capital financeiro. Daí a importância de, ao analisar a política de saúde, compreender o contexto em que ela se desenvolve e, desse modo, os determinantes maiores da sua conformação.

Com a mundialização financeira, os bancos puderam operar livremente, o capital-dinheiro pôde circular pelo mundo em busca das melhores oportunidades de retorno, e as instituições financeiras não bancárias passaram a integrar junto com os bancos uma imensa rede de poder financeiro. A “insaciabilidade” do capital portador de juros levou ao surgimento de novos mercados “estranhos”, que passaram a constituir o chamado “sistema de banco às escuras”, totalmente desregulamentado, que realiza operações enormemente lucrativas (HARVEY, 2011, p. 26). A tendência de investimentos em ativos se generalizou a partir de 1980, a ponto de muitas das grandes corporações não financeiras gerarem “mais

dinheiro de suas operações financeiras do que produzindo coisas. Isso foi particularmente verdadeiro na indústria automobilística” (HARVEY, 2011, p. 26).

Esse “sistema de banco às escuras” resultou na perda de controle sobre os mercados financeiros, agravando exponencialmente a já problemática relação entre realidade e representação, típica do capitalismo. O sistema de crédito configurou-se na alternativa desenvolvida pelo capital para enfrentar o problema da escassez da demanda efetiva e, portanto, de subconsumo. Para sobreviver, o capitalismo “deve gerar e internalizar a sua própria demanda efetiva se quiser sobreviver em condições em que as possibilidades externas estão esgotadas” (HARVEY, 2011, p. 96). À medida que o capitalismo se desenvolve, mais o sistema de crédito ocupa um lugar central na dinâmica de acumulação, o que torna o seu controle um processo vital para o funcionamento do sistema.

A questão é que o sistema de crédito concentra de forma inédita poder econômico e social e, para se sustentar, tem que se expandir de forma composta, articulada com a indústria. Por isso, segundo Harvey (2011), quando a bolha de crédito estoura, arrasta toda a economia para a crise. As três concepções dominantes, segundo Harvey (2011), que explicam a tendência do capitalismo às crises são: a diminuição dos lucros, provocada pelo aumento dos salários; a “queda da taxa de lucros”, produzida pela tecnologia poupadora de trabalho e pela concorrência desleal que derruba os preços; e o “subconsumo”, provocado pela falta de demanda efetiva e pela tendência à estagnação, associada à monopolização excessiva (HARVEY, 2011, p. 99).

O autor também considera que vários fatores podem provocar a interrupção do fluxo de capital e levar à sua desvalorização. Os limites e barreiras à circulação do capital são assim descritos:

a escassez de capital-dinheiro, os problemas trabalhistas, as desproporcionalidades entre os setores, os limites naturais, as mudanças tecnológicas organizacionais desequilibradas (incluindo a concorrência versus o monopólio), a indisciplina no processo de trabalho e a falta de demanda efetiva encabeçam a lista (HARVEY, 2011, p. 99).

Qualquer uma dessas condições poderia desencadear a crise. Essa visão, segundo o autor, estaria mais de acordo com a concepção de Marx, sobre o “caráter fluído e flexível do desenvolvimento capitalista”, uma explicação que considera as múltiplas formas que as crises podem assumir em distintos contextos históricos e geográficos. Entretanto, Harvey (2011, p. 100) também assinala que as crises desempenham um papel “racionalizador



irracional de um sistema inerentemente contraditório”. Uma visão sobre a crise atual é sintetizada da seguinte forma:

embora o epicentro se encontre nas tecnologias e formas de organização do sistema de crédito e do nexos Estado-finanças, a questão subjacente é o empoderamento capitalista excessivo em relação ao trabalho e à consequente repressão salarial, levando a problemas de demanda efetiva acentuados por um consumismo alimentado pelo crédito em excesso em uma parte do mundo e por uma expansão muito rápida da produção em novas linhas de produtos na outra parte (HARVEY, 2011, p. 100).

A pergunta que fica é: o capitalismo sobreviverá a essa crise? A resposta dependerá da capacidade de luta e organização das classes que vivem da venda da sua força de trabalho. Por enquanto, o que estamos assistindo é uma tentativa de recuperação por parte do capital, a custos muito elevados para os trabalhadores, que perdem boa parte de seus direitos, arrancados pelo Estado, que faz de tudo para garantir a ajuda necessária para salvar o capital. Ao custo também da ampliação da degradação ambiental, como produto da exploração sem limites dos recursos naturais na sanha de obtenção de lucros. A repressão política é a arma utilizada para impedir a reação dos que estão sendo mais uma vez lesados para garantir a saída da crise. A sobrevivência do capitalismo é progressivamente mais difícil e apoiada em soluções temporárias, recorrendo a “manipulações fictícias de capital”, cujas consequências já são conhecidas (HARVEY, 2011, p. 177). O que fica evidente é, novamente, a ação salvadora do Estado, por meio da utilização crescente do fundo público, como auxiliar da financeirização, à custa da implementação de políticas sociais, incluindo a saúde.

Como a educação e a previdência social, a saúde é um campo fértil à acumulação privada. O modelo norte-americano pró-mercado de produção de serviços de saúde torna-se a referência para países como o Brasil, com o Estado garantindo enormes lucros ao complexo médico-industrial e ao capital financeiro, ao mesmo tempo em que faz parecer a boa parte da população que seus direitos estão assegurados, por meio da compra de serviços privados. É o dinheiro público ajudando a salvar o capital em uma área das mais estratégicas para os investimentos privados. Também em sistemas universais, o gasto com saúde apresenta um elevado componente de estímulo às empresas do setor. Gough (1982) ao analisar o gasto relativo ao sistema universal de saúde inglês, referente ao ano de 1975, destacou que a parte dos custos de saúde relativa à compra de medicamentos, equipamentos, instalações físicas, e outros representava a segunda fonte mais importante

da demanda governamental de produtos do setor privado da economia, atrás apenas do gasto militar.

#### **4.2 Fundo Público: conformação e destinação**

A concepção clássica no campo das finanças públicas cuja referência são os economistas liberais, com destaque para Adam Smith e David Ricardo, cujas obras capitais, “A Riqueza das Nações” (1776) e “Princípio de Economia Política e Tributação” (1817), respectivamente, partem das seguintes premissas: a intervenção do Estado na economia deve se restringir ao mínimo indispensável; a produção pública deve ser orientada pelo critério do custo benefício; a tributação tem efeitos danosos, pois reduz a acumulação de capital, uma vez que todos os impostos incidem sobre ele, e mesmo os que atuam sobre os salários, na realidade, recaem sobre os lucros, ao aumentar o custo da força de trabalho; toda despesa pública é improdutiva; receita e despesa devem estar em equilíbrio (SANTOS, 2001). Essa é a expressão do princípio do *laissez faire*, segundo o qual toda intervenção do Estado é prejudicial à sociedade, entre elas, a tributação. O que, na realidade, esconde a natureza de classe do Estado e sua participação direta no processo de acumulação capitalista, particularmente por meio da distribuição desigual dos impostos e dos gastos públicos.

Com a crise de 1929, ganha força outra concepção, que irá orientar uma nova onda de crescimento do capitalismo, a de Keynes, que visava a recuperar a demanda efetiva por meio de uma política fiscal e monetária expansionista. A proposta de Keynes era centrada na participação ativa do Estado no processo de elevação da demanda agregada, via consumo e investimento, e não por uma ação passiva, como defendiam alguns, por meio da minimização da ação tributária do Estado (SANTOS, 2001).

Ao contrário da visão liberal, Keynes defendia a participação do Estado, com o orçamento público funcionando como instrumento de coordenação e planejamento de suas atividades para alcançar objetivos econômicos e sociais, mesmo tendo que operar com déficit, ou seja, com despesas superando receitas (OLIVEIRA, 2009). Keynes achava que a tendência para o subemprego decorria do subconsumo; portanto, para atingir o pleno emprego era preciso elevar os gastos do Estado, como forma de aumentar a demanda efetiva, questão central na sua política. Entre os três modos de financiar os gastos públicos (tributação, especulação e expansão monetária), Keynes optou pelo último, a emissão de papel moeda pelo Estado (SANTOS, 2001). Ocorre que o desemprego é um subproduto do

próprio modo de produção capitalista, que gera uma força de trabalho excedente, o chamado exército industrial de reserva. Assim, não é possível separar a análise das finanças públicas e da formação do fundo público, da natureza de classes da sociedade e de sua relação com Estado.

Com a crise dos anos 1970, as políticas keynesianas são responsabilizadas pela crise fiscal do Estado. Voltam à cena, as velhas teses liberais de redução da intervenção do Estado na economia, que escondem seu objetivo de ampliar a utilização do fundo público para o processo de acumulação capitalista. Em períodos de crise, reformas tributárias regressivas reduzem a participação do capital no bolo arrecadado, a pretexto de preservar o emprego e, por outro lado, o gasto público é direcionado para iniciativas que favorecem a reprodução ampliada de capital, em detrimento dos gastos sociais (BEHRING, 2010). Assim, para compreender o lugar que ocupa o financiamento de uma política que se pretende universal, como a de saúde no Brasil, é necessário analisar o significado, a conformação e as funções desempenhadas pelo fundo público no capitalismo, em tempos de mundialização financeira.

O conceito de fundo público desenvolvido por Francisco de Oliveira (1998) evidencia a contradição que envolve o próprio Estado. O fundo é, ao mesmo tempo a expressão de recursos estatais destinados a financiar a acumulação de capital, sua razão privada, e, também, a implementar políticas sociais, sua razão pública. Essa contradição, que decorre da própria natureza do Estado capitalista, tende a privilegiar os interesses privados. Entretanto, é a luta de classes, em última instância, que determina em cada momento histórico, a distribuição desses recursos.

A partir de estudo sobre *O Capital*, de Marx, a formação do fundo público é concebida como uma

punção compulsória – na forma de impostos, contribuições e taxas - da **mais-valia socialmente produzida**, ou seja, é **parte do trabalho excedente que se metamorfoseou em lucro, juro ou renda da terra**, e que é apropriado pelo Estado para o desempenho de múltiplas funções (BEHRING, 2010, p. 20). (sem grifo no original)

O fundo público apresenta, portanto, um duplo papel: atua tanto na reprodução do capital, como na reprodução da força de trabalho, nesse último caso por meio das políticas sociais. A autora considera que nos tempos atuais, o fundo público, constituído por meio do sistema tributário (instrumento da punção), é crescentemente composto por impostos

sobre os salários, o que significa que ele não é formado apenas pelo trabalho excedente<sup>98</sup>, incluindo também parte do trabalho necessário<sup>99</sup>, pois os trabalhadores pagam impostos, tanto diretos como indiretos (por meio do consumo - impostos que incidem sobre os preços dos produtos). Dessa forma, ocorre o que O'Connor (1977) caracteriza como *exploração tributária*, que se soma à exploração que os trabalhadores sofrem na produção.

Para Behring (2010, p. 21) o fundo público contribui para a reprodução do capital, ao participar do seu “processo de rotação<sup>100</sup>”, estimulando a circulação de mercadorias e dinheiro e a transformação de um em outro, principalmente por meio do endividamento público. O crédito acelera a circulação, mas aumenta o risco de crise, como visto anteriormente. Além disso, o fundo público realiza “mediações na própria repartição da mais-valia”, sendo objeto de disputa das diversas facções da burguesia, que dependem de forma crescente desses recursos para a sua reprodução. Por outro lado, os trabalhadores participam dessa disputa, de forma desigual em relação às classes dominantes, buscando retomar parte do trabalho necessário, sob a forma de políticas sociais e bens públicos.

O propósito do sistema tributário para O'CONNOR (1977, p. 203) é o “enriquecimento de algumas classes a expensas de outras”, na medida em que essa punção compulsória se distribui de forma a sobrecarregar os trabalhadores, que são, assim, duplamente explorados. O autor retoma o conceito de Marx de que “a luta tributária é a mais velha forma de luta de classes”. Essa exploração tributária, portanto, precisa ser escondida ou justificada pelas classes dominantes, que tentam criar “formas tributárias equitativas para esconder o conteúdo não equitativo da estrutura dos tributos e a natureza exploradora da estrutura classista” (O'CONNOR, 1977, p. 203). Uma das formas mais evidentes da dissimulação é a cobrança de impostos indiretos (incidentes sobre o consumo), pois os trabalhadores ao consumir os produtos, nos quais estão embutidos os impostos, contribuem, sem perceber, para reduzir os custos para os empresários.

As justificativas utilizadas pelas classes dominantes para a exploração tributária apoiam-se em três ideias principais, segundo O'Connor (1977): a primeira é a do *incentivo*, ou seja, se os tributos sobre os lucros forem muito elevados levarim à diminuição da acumulação de capital, reduzindo, portanto, o crescimento da produção e,

<sup>98</sup> Trabalho excedente é a parte do trabalho realizado para além dos limites do trabalho necessário e que não representa para o trabalhador nenhum valor, pois é apropriado pelo capitalista, gerando a mais-valia, expressão do grau de exploração da força de trabalho pelo capital (MARX, 1984a, p. 242).

<sup>99</sup> Trabalho necessário é a parte do trabalho na qual a força de trabalho cria o equivalente ao seu valor - o valor dos meios de subsistência de que necessita para se reproduzir - valor já pago pelo capitalista (capital variável) (MARX, 1984a, p. 242).

<sup>100</sup> Processo de rotação do capital, segundo Marx, é o “movimento que se repete, envolvendo produção e reprodução, ou seja, o ciclo global, e que envolve produção e circulação” (BEHRING, 2010, p. 24).

consequentemente do emprego, o que prejudicaria todos, principalmente os trabalhadores, que sofreriam com o desemprego. Portanto, segundo “a ideologia tributária oficial os tributos não devem diminuir os incentivos, quer da oferta de capital quer do dinheiro a investir” (O’CONNOR, 1977, p. 205). Assim, cria-se a ideia fantasiosa de que os tributos devem poupar o capital para que ele continue gerando benefícios para a sociedade.

A segunda justificativa é a da *capacidade de pagar*, segundo a qual, cada membro da sociedade, empresário ou trabalhador, deve pagar impostos de acordo com sua renda pessoal. O uso da renda, em vez da riqueza, é fortemente discriminatório contra os trabalhadores e a favor do capital, além de sempre haver muitos ‘furos’ garantindo vultosas isenções tributárias para a renda oriunda da propriedade do capital (O’CONNOR, 1977). Para completar, a ideia de que os benefícios das despesas estatais favorecem a todos igualmente não se sustenta, pois as prioridades orçamentárias são voltadas para o interesse do capital, seja ampliando o consumo social via políticas sociais, seja assumindo despesas da produção (gastos previdenciários e de infraestrutura);

A terceira justificativa é a do suposto *tratamento igual para os iguais*. Apesar de aparentemente justa, na realidade tenta esconder que a sociedade capitalista é constituída por desigualdades sociais profundas. Portanto, o tratamento igual de desiguais só reforça as desigualdades. Porém, a situação é ainda pior, pois apesar de existir uma série de impostos sobre a renda das empresas, na prática, a maior parte desses impostos é absorvida pelos consumidores (trabalhadores e pequenos empresários) e não pelos proprietários das empresas tributadas, pois esses valores são transferidos para os preços dos produtos. Agregado a isso, há uma série de formas de os empresários escaparem à tributação, o que faz com que o sistema tributário seja claramente baseado na exploração da classe trabalhadora, que paga impostos sobre o consumo, sobre a renda e o previdenciário, muitas vezes, regressivos (O’CONNOR, 1977).

Sintetizando, O’Connor (1977) descreve assim as duas funções principais do sistema tributário nas sociedades capitalistas contemporâneas:

**primeiro, permite que o capital monopolista aumente seus ganhos e bens**, assim, jogando importante papel no fortalecimento da classe dominante. Apesar de tais despesas serem nominalmente cobertas por taxas sobre lucros, as crescentes despesas estatais aumentam os lucros e pesam sobre o salário real, **porque os tributos das empresas são transferidos para os consumidores sob a forma de preços mais elevados**. Segundo, para cobrir os custos das despesas de capital de caráter social e das despesas correntes de cunho social **o sistema toma recursos das pequenas empresas e da classe trabalhadora** (O’CONNOR, 1977, p. 212). (sem grifo no original)

O'Connor (1977) busca elucidar, a partir das categorias da economia marxista, as relações entre os setores privado e estatal e entre as despesas privadas e públicas, utilizando como referência os EUA do pós-guerra. O autor parte de duas premissas: primeiro, o Estado capitalista busca desempenhar duas funções básicas, contraditórias entre si, a acumulação de capital e a legitimação social; segundo, as despesas estatais têm um caráter duplo, relacionadas às duas funções básicas: capital social e despesas sociais. A primeira é a despesa exigida para garantir a acumulação privada lucrativa, constituída pelo capital constante (projetos que aumentam a produtividade da força de trabalho) e pelo capital variável (projetos que reduzem os custos de reprodução da força de trabalho). Um bom exemplo de capital social é o PAC, desenvolvido pelos governos Lula e Dilma, cujos projetos contemplam diversas obras de infraestrutura, estreitamente relacionadas às necessidades de investimento do capital, que ao serem implementadas por meio de PPPs, beneficiam diferentes setores empresariais, tanto na execução, como na finalidade. A segunda, as despesas sociais, cumprem a função de legitimação social, como a previdência social e a assistência à saúde. Entretanto, O'Connor (1977) destaca que não há uma separação rígida entre essas funções, pois praticamente todos os órgãos do Estado desempenham os dois tipos.

Como Mandel (1985), O'Connor (1977, p. 22) considera que o “crescimento do setor público é indispensável à expansão da atividade privada, especialmente da atividade monopolista”, ao contrário do pensamento liberal que tenta fazer parecer que o setor estatal cresce à custa da atividade privada. Entretanto, a acumulação de capital social e de despesas sociais constitui um processo contraditório que gera tendências pra crises econômicas, sociais e políticas. Ao analisar a tendência à crise fiscal do Estado, o autor parte de duas premissas básicas: 1) a socialização dos custos e a apropriação privada dos lucros geram uma crise fiscal, ou uma “brecha estrutural” entre as despesas do Estado e suas rendas - o resultado é uma tendência para as despesas públicas crescerem mais rapidamente do que os meios de financiá-las; 2) a crise fiscal é exacerbada pela apropriação do poder do Estado para finalidades particularistas.

Com isso, O'Connor (1977) conclui que a tão propalada crise fiscal<sup>101</sup> decorre não do suposto gasto perdulário do Estado com políticas sociais e com a ampliação excessiva de direitos, mas da própria natureza contraditória da produção capitalista, que opera uma

---

<sup>101</sup> Segundo alguns autores, a crise fiscal discutida por O'Connor na realidade não se configura como tal, uma vez que a arrecadação só cresceu, a questão de fato é para onde se destinam os recursos.

apropriação privada dos meios de produção e dos lucros, apesar do caráter social da produção, o que é agravado pelo poder do Estado como elemento ativo de fomento desse processo. Sem uma pressão extraordinária dos trabalhadores, o Estado tende a atuar de forma a favorecer quase que exclusivamente os interesses do capital. Um dos exemplos é o sistema de saúde norte-americano, no qual o mecanismo hegemônico de acesso aos serviços de saúde se dá via seguros privados, que garantem a apropriação pelas empresas médicas e pelo capital financeiro dos lucros auferidos na produção dos serviços de saúde.

Além da assistência à saúde, segundo O'Connor (1977), há outras formas que o capital usa para dispor do orçamento público com o fim de aumentar a produtividade (e a lucratividade). Os programas de educação são uma maneira de desenvolver a força de trabalho especializada, necessária para os diversos ramos da indústria, daí as “reformas” que visam à priorização de formação técnica e profissionalizante, além de a própria educação ter se constituído em locus de exploração privada. Os projetos de habitação popular também podem gerar grande acumulação de capital, com o Estado buscando “atrair capital monopolista para eles, colocando a construção em bases subsidiadas e de produção em massa” (O'CONNOR, 1977, p. 66), conforme ocorre no Brasil, com o programa “Minha casa, minha vida” do governo federal.

O orçamento público e o sistema tributário que o produz são, portanto, meios que a elite no poder utiliza para distribuir a renda nacional, garantindo uma maior fatia para seu proveito, como resultado da luta desigual entre as classes. Essa partilha, entretanto, é realizada de forma a integrar as diversas parcelas da população, visando à redução da polarização e dos conflitos, num processo político em que o Estado busca conquistar o apoio dos “de baixo” e se legitimar (O'Connor, 1977). Quanto mais o Estado for identificado pelos trabalhadores como representante também de seus interesses, mais facilidade tem para implementar a apropriação privada dos lucros. O Brasil é um exemplo nesse sentido, pois a partir da emergência do governo Lula, com a integração ao Estado do principal partido de oposição até então, ficou mais fácil adotar medidas que favorecessem a acumulação em detrimento de políticas sociais. Como exemplos: a retirada de direitos na contrarreforma da previdência, iniciada no governo FHC, ampliou a margem de lucro dos fundos de pensão; a criação do Programa Universidade para Todos (ProUni)<sup>102</sup> destinou

---

<sup>102</sup> O ProUni foi criado em 2004, pela Lei nº 11.096/2005, e tem como finalidade a concessão de bolsas de estudos integrais e parciais a estudantes de cursos de graduação e de cursos sequenciais de formação específica, em instituições privadas de educação superior. As instituições que aderem ao programa recebem isenção de tributos, conforme informação colhida no sítio do Programa na internet < [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=205&Itemid=298v](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=205&Itemid=298v) >.

vultosos recursos públicos para empresas da área da educação; e a continuidade do subfinanciamento do SUS e dos mecanismos fiscais de incentivo à iniciativa privada, propiciou a persistência de um sistema de saúde segmentado, altamente favorável à acumulação de capital.

### **4.3 Finanças públicas no Brasil: Hobin Hood às avessas**

#### **4.3.1 Sistema tributário brasileiro – paraíso dos ricos**

Até a década de 1930, conforme discutido no Capítulo II, o Estado brasileiro era frágil em todos os aspectos, em função da economia agroexportadora, porém era “liberal na aparência e intervencionista na prática”, pois atuava na atividade econômica para defender a produção e as rendas das oligarquias regionais mais poderosas (OLIVEIRA, 2009, p.73). As funções estatais eram limitadas, não necessitando, portanto, de grandes volumes de recursos para executá-las e suas receitas eram provenientes principalmente de impostos incidentes sobre o comércio exterior. A proporção das despesas governamentais em relação ao PIB não passava de 15% (OLIVEIRA, 2009).

A partir da Revolução de 1930, o Estado brasileiro vai evoluir para uma forma mais avançada de Estado nacional capitalista, com centralização e concentração de poder, a partir da quebra dos polos oligárquicos estaduais. O período que aí se inicia é caracterizado por forte intervencionismo nos diversos campos da economia e da vida social, em que o Estado atua como elemento estruturante do processo de acumulação capitalista. A adoção do projeto desenvolvimentista tem como eixo a industrialização, e o Estado como agente da garantia das condições de infraestrutura e de reprodução da força de trabalho (reforma trabalhista e previdenciária), entretanto sem se constituir como um Estado de bem-estar aos moldes dos países europeus. As políticas sociais vinculadas ao emprego, numa realidade desfavorável ao trabalho, deixam a massa de trabalhadores subempregada e desempregada excluída do acesso aos serviços sociais, com consequências também sobre o consumo.

A arrecadação previdenciária, composta majoritariamente pela contribuição dos trabalhadores, além de garantir os benefícios relacionados com a previdência social, foi utilizada pelos governos para financiar a indústria nascente e, posteriormente, a construção de hospitais privados. Até 1964, as bases de financiamento do Estado no Brasil eram frágeis, o que levou à criação de empresas estatais, à contratação de recursos externos e à criação de fundos públicos vinculados a projetos estratégicos. Como expressão dessas



limitações, o gasto público até 1964 continuou estacionado nos modestos 15% do PIB (OLIVEIRA, 2009).

No período que se inicia com o golpe militar de 1964, o Estado acentua o seu processo de atuação em favor do capital, implementando uma série de reformas (tributária, financeira, previdenciária etc.). No sistema tributário ocorreu um grande impulso à criação de contribuições sociais e econômicas<sup>103</sup>. A instituição desse tipo de tributo possibilitou o “autofinanciamento das políticas sociais”, pois os recursos fiscais foram utilizados prioritariamente para a acumulação de capital (OLIVEIRA, 2009, p. 172). São exemplos desse tipo de tributo: a Contribuição Previdenciária, o Salário-educação, o FGTS, o PIS/Pasep e o Fundo de Investimento Social (Finsocial). Também foram criadas contribuições para as atividades privadas, como as do “Sistema S” (Senac, Sesi, Sesc, Sebrae, etc.). Nesse período, o país ampliou o seu endividamento externo, devido à abundância de créditos internacionais que buscaram os países periféricos, após a crise do dólar de 1971, mas também houve um fortalecimento das bases fiscais do Estado, com os gastos públicos saltando para 25% do PIB, durante os anos 1970 (OLIVEIRA, 2006).

O período final da ditadura e de transição para a democracia foi o da chamada “década perdida”, conforme discutido no Capítulo II, com a crise da dívida, a crise fiscal (decorrente da drenagem de recursos tributários para estimular a acumulação), a inflação acelerada e o desemprego castigando a massa de trabalhadores excluídos do processo de divisão do bolo que fizeram crescer. Com a CF de 1988, inicia-se uma nova etapa. Alguns avanços importantes do ponto de vista da formalização das políticas sociais foram contemplados, um sistema de seguridade social que supera, em parte, a lógica do seguro social e que inclui a saúde como direito universal. A CF de 1988 também contemplou uma reforma tributária orientada pelos princípios da descentralização e da equidade. A descentralização visava a resgatar o papel de estados e municípios, transformados em apêndices do governo central no período militar, por meio da ampliação dos percentuais do Fundo de Participação de Estados e Municípios (FPEM) e da incorporação dos impostos únicos (energia, telecomunicações, minerais e transporte rodoviário) à base de incidência do Imposto sobre Circulação de Mercadorias (ICMS) aos governos subnacionais, antes de cooperação governamental. Em paralelo, houve uma ampliação significativa do leque de competências dessas esferas de governo (OLIVEIRA, 2006).

---

<sup>103</sup> Contribuições sociais e econômicas são “impostos indiretos com fontes vinculadas de receitas incidentes, de maneira geral, sobre as folhas de salários, repassados para os preços, no tocante à parcela de responsabilidade da empresa” (OLIVEIRA, 2009, p. 171).

Com o princípio da equidade, a reforma buscava reduzir a injustiça fiscal, com uma melhor distribuição do ônus tributário na sociedade. Na realidade, esse princípio avançou pouco na nova Carta, limitando-se a definir *princípios* e remeter a sua regulamentação para a legislação infraconstitucional. Portanto, apesar de os *princípios* sinalizarem um perfil mais progressivo<sup>104</sup>, a sua não regulamentação pelo Congresso, manteve o sistema tributário com um perfil altamente regressivo<sup>105</sup>. Como exemplos: os impostos sobre o patrimônio ou não foram regulamentados (grandes fortunas e isonomia em relação ao IR) ou o foram parcialmente (propriedade territorial rural) (OLIVEIRA, 2006).

Diante da perda de recursos para as esferas subnacionais, o governo central, para recuperar suas receitas, passa a explorar de forma crescente as contribuições sociais, em detrimento da tributação da renda e do patrimônio, pois essas contribuições têm como características principais a cumulatividade e o não compartilhamento com estados e municípios. As consequências dessa política foram recentralização e agravamento da iniquidade do sistema, uma vez que esses tributos têm seus valores transferidos para os preços das mercadorias, sobrecarregando mais as pessoas de renda mais baixa (DAIN, 2006). Assim, já em 1989, foi criada a Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL) das empresas, prevista na CF; foi aumentada a alíquota do Finsocial de 0,5% para 2% e do Imposto sobre Operações Financeiras (IOF), em 1990. Em 1993, foi criado o Imposto Provisório sobre Movimentações Financeiras (IPMF). As contrarreformas tributárias no período pós-1988 resultaram, assim, no aprofundamento da regressividade do sistema, norteadas pela lógica do ajuste fiscal, que passou a orientar a política econômica. O ônus tributário sobre os trabalhadores sofreu elevação significativa, com o objetivo de garantir a cobertura de déficits públicos e o pagamento de juros das dívidas contraídas pelo Estado.

Diante da dificuldade para aprovar alterações na CF, o governo FHC optou pela estratégia de alterar a legislação infraconstitucional, esvaziando, assim, os princípios estabelecidos pela reforma tributária, aprovada na CF de 1988. São exemplos das medidas adotadas: redução da alíquota do IRPJ pago sobre o lucro das empresas de 25% para 15%;

---

<sup>104</sup> A progressividade pode ser uma característica de um imposto ou de um sistema. Relacionada ao imposto, significa que esse mantém uma relação direta com o nível de renda – aumenta a participação do imposto na renda à medida que essa cresce. Possui, portanto, um caráter de justiça fiscal. Em relação ao sistema, sinaliza uma participação maior de impostos diretos, que, por terem como base para sua cobrança a renda e o patrimônio, podem ter alíquotas proporcionais àquelas bases (OLIVEIRA, 2009).

<sup>105</sup> A regressividade de um imposto significa que ele apresenta uma relação inversa com o nível de renda – sua participação é maior nos estratos de renda mais baixos, contribuindo, assim, para reforçar a desigualdade social. Em relação a um sistema, representa um peso maior de impostos indiretos, que por terem como base de incidência o consumo, penalizam os estratos de renda mais baixa (OLIVEIRA, 2009).

eliminação da alíquota de 35% do IRPF, reduzindo a progressividade do IR; isenção do IR à distribuição de lucros a pessoas físicas, eliminando o IR na fonte sobre os lucros e dividendos; não correção da tabela de IR entre 1996 e 2001, incluindo na tributação os trabalhadores de renda mais baixa. Como o capital passou a pagar menos tributos sobre sua renda, isso levou pessoas físicas de renda alta a se constituírem como “pessoas jurídicas” (PJ), transformando, assim, o que era salário em “lucro distribuído”, isento de IR, segundo as novas regras (SALVADOR, 2010).

Também em relação à reforma tributária, o governo Lula seguiu o mesmo caminho do antecessor. Apesar de ter apresentado uma proposta de reforma mais abrangente, a PEC nº 41/2003, com o objetivo de eliminar a guerra fiscal entre estados por conta do ICMS, criando uma legislação nacional, entre outros temas, terminou avançando no que atendia a seus interesses: as medidas em torno do ajuste fiscal, como a DRU e a CPMF; e a promoção do aumento da carga tributária (CT), por meio da elevação da alíquota da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e da Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico (Cide) (DAIN, 2006). Na prática, foi mais uma contrarreforma instrumental ao ajuste, centrada na tributação indireta, sem avanço na tributação da renda e do patrimônio, e consolidando o mecanismo de desvio de recursos do financiamento das políticas sociais para o pagamento dos juros da dívida.

Além disso, o governo Lula adotou outras medidas que favoreceram o capital. A Lei nº 11.033/04 promoveu significativas alterações no tratamento tributário das aplicações financeiras, favorecendo os aplicadores do mercado financeiro e da bolsa de valores. A MP nº 281/06 reduziu a zero as alíquotas de IR e de CPMF para “investidores” estrangeiros no Brasil (SALVADOR, 2010). Em 2008, o governo Lula apresentou uma segunda proposta de reforma tributária (PEC nº 233/08), cujos eixos eram a simplificação e a desoneração. Sob a ótica da simplificação, com o intuito de inibir a guerra fiscal, alterava principalmente o ICMS, invertendo a titularidade, que passaria a pertencer ao estado de destino das mercadorias e serviços e não mais ao estado de origem, além de centralizar na União a competência tributária sobre esse imposto, o que permitiria a unificação nacional da legislação. Essa última medida feria de frente a autonomia federativa dos estados, uma vez que reduzia sua competência tributária, o que levou à dificuldade para a aprovação da PEC (VAZ, 2011).

Ainda sobre a simplificação, na esfera federal, ela significaria a extinção das contribuições sociais com a sua incorporação a impostos correspondentes. Na proposta inicial seriam extintos e agregados ao Imposto sobre Valor Adicionado Federal (IVA-F) a

Cide-Combustíveis, a Contribuição do Salário-Educação, o PIS e a COFINS. Além disso, a CSLL seria incorporada ao IRPJ. A aprovação dessa proposta teria eliminado as fontes exclusivas e vinculadas à seguridade social, restando apenas como contribuições sociais, a previdenciária e a dos concursos de prognósticos, o que significaria o fim da diversidade das bases de financiamento da seguridade social (art. 195 da CF). A aprovação da PEC nº 233/2008 extinguiria, ainda, as contribuições sociais sobre o lucro e o faturamento das empresas e teria resultado na perda da autonomia (mesmo que relativa) da seguridade social de priorizar os gastos sociais em detrimento de outras demandas públicas, jogando-a no campo da acirrada disputa por recursos orçamentários (SALVADOR, 2008; VAZ, 2011).

A desoneração da folha de pagamento – a redução dos encargos patronais sobre a folha de salários – a ser aprovada via projeto de lei após a aprovação da PEC, concebida com o argumento de reduzir a informalidade, supostamente determinada pelo elevado custo tributário do emprego, no Brasil, representaria também um duro golpe sobre a seguridade social. A desoneração mais significativa reduziria a contribuição das empresas de 20% para 14%. Para se ter uma ideia do impacto dessa medida, a contribuição previdenciária representou, em 2008, 57% das receitas previdenciárias (89,7 bilhões). Com a aprovação da PEC, a renúncia fiscal seria da ordem de 30%, uma perda para a seguridade social de cerca de R\$ 24 bilhões ao ano. O que é mais grave, não ficava claro de onde sairiam os recursos para compensar esse rombo, o que provocaria o enfraquecimento da solidariedade no financiamento da previdência social, historicamente construída no Brasil, além do risco de o próprio OSS ter que assumi-lo, o que representaria um grave prejuízo para as políticas vinculadas à seguridade social, particularmente para a saúde (SALVADOR, 2008; VAZ, 2011)<sup>106</sup>.

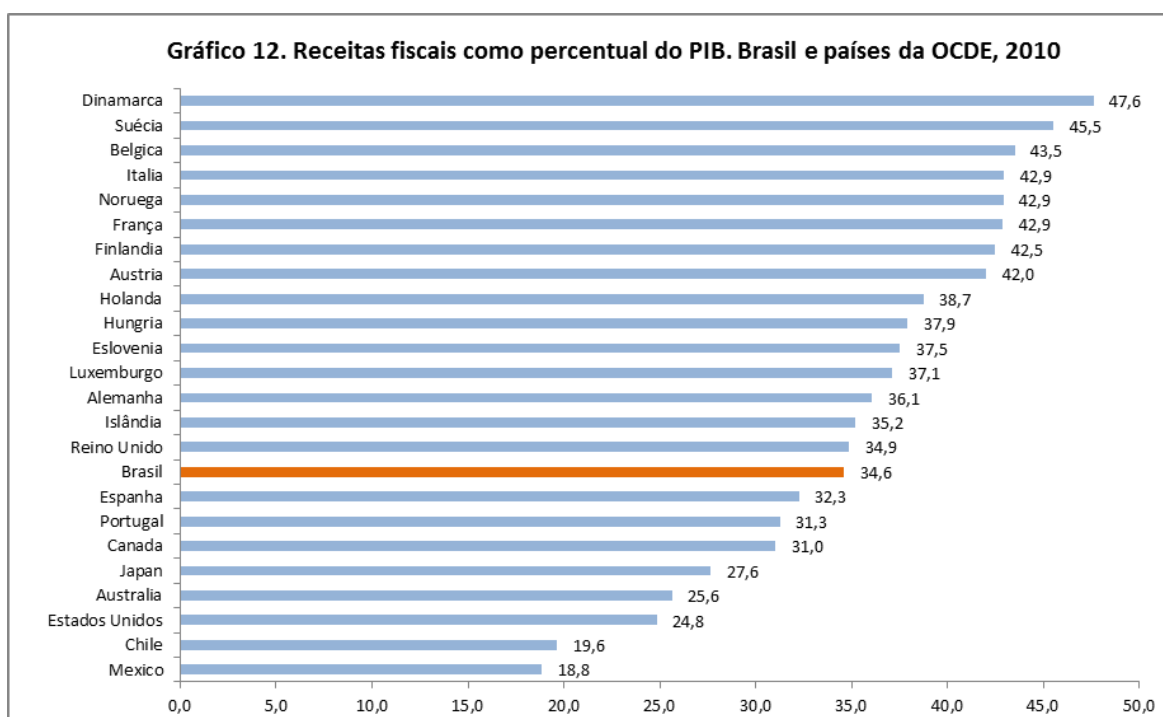
Dessa forma, essa contrarreforma tinha como principais alvos o fim da exclusividade das fontes próprias da seguridade social e a redução da autonomia federativa dos estados e, como beneficiários, setores econômicos, entre eles o capital financeiro, que passariam a pagar menos impostos sobre o lucro e sobre o faturamento. No caso da seguridade social, essa medida, somada ao desvio de 20% dos recursos por meio da DRU e às restrições impostas pela LRF, significaria o aprofundamento do processo de desmonte dos direitos sociais previstos na reforma constitucional de 1998, particularmente da saúde,

---

<sup>106</sup> O governo Dilma, seguindo a linha de FHC, retomou, em 2012, a proposta da chamada desoneração da folha de pagamento, não sob a forma de PEC, uma vez que a alteração da CF exige um quórum mais alto no Congresso Nacional, sendo por isso mais difícil, mas por meio de legislação infraconstitucional. Essa desoneração resultou em mais uma perda de arrecadação da previdência social.

cujos princípios de um sistema universal e igualitário ficariam cada vez mais distantes da realidade.

O resultado das contrarreformas implementadas no período pós-constitucional é que a CT brasileira sofreu um aumento significativo, saltando de 26% do PIB em 1995 para 32,5%, em 2002, no governo FHC e, subindo mais um pouco no governo Lula, de 31,4%, em 2003, para 34,6%, em 2010. Esse patamar de tributação coloca a CT brasileira entre as mais elevadas do mundo, conforme pode ser observado no gráfico 12. Em 2010, atingiu o 15º lugar numa comparação com os 33 países da OCDE, atrás apenas dos países europeus mais ricos, como a Dinamarca, a Suécia e a Bélgica, entre outros, mas superior à do Canadá, da Espanha, dos EUA e do Japão, e bem acima da dos países latino-americanos que fazem parte da OCDE, Chile e México. Vale ressaltar que boa parte dos países que apresentam uma CT maior que a do Brasil, como a Suécia, a Bélgica, a Noruega, a França, entre outros, conforme o gráfico 12, garante uma série de políticas sociais, ou seja, esses tributos retornam em forma de benefícios e serviços sociais, o que no nosso caso é, no mínimo, insuficiente.



Fonte: OCDE e Ministério da Fazenda/BR.

A CT brasileira é composta por quatro tipos de tributos: os impostos, as taxas, as contribuições de melhoria e as contribuições sociais. Os impostos diferem das taxas por não pressuporem ressarcimento ou contrapartida direta para o contribuinte, pois são

destinados ao financiamento das atividades gerais atribuídas ao Estado pela sociedade (imposto sobre a renda ou o patrimônio). As taxas relacionam-se às atividades do poder de polícia ou à prestação de algum serviço público à comunidade; têm um caráter de contraprestação (licença comercial, autorização para edificações, coleta de lixo, iluminação pública etc.). As contribuições de melhorias são geradas com o objetivo de viabilizar obras públicas em benefício de uma população determinada (calçamento e pavimentação de ruas). As contribuições sociais e econômicas são de três tipos, segundo a sua natureza: patrimonial (FGTS, PIS/Pasep); previdenciária (uma espécie de contrato social não escrito); e aquelas vinculadas ao financiamento de políticas sociais (COFINS, CSLL, CPMF). Essas últimas assumem características de impostos indiretos, pois são passíveis de transferência aos preços dos produtos, portanto, com elevado grau de regressividade (OLIVEIRA, 2006).

Os impostos diretos são basicamente o IR e os impostos sobre o patrimônio. O primeiro tem tido a sua progressividade reduzida, passando de treze faixas de renda e alíquotas de 0% a 60%, em 1985; a duas faixas com duas alíquotas, de 15% e 27,5%, até 2008; ou seja, enquanto a mínima aumentou 15 vezes, a máxima foi reduzida a menos da metade. Estudo referente a 26 países revelou que o IR possuía 5 faixas com alíquotas mínimas de 12,9% e máxima 42,2% e apenas o Brasil, Barbados e Peru possuíam apenas duas faixas (SALVADOR, 2010) A partir de 2009, o Brasil passou a ter quatro faixas, variando de 7,5% a 27,5%. Os impostos sobre o patrimônio incidem sobre as diversas formas de propriedade, e são em número razoável<sup>107</sup>, porém, a sua parcial ou não regulamentação faz com que gerem receitas irrisórias: apenas cerca de 1% do PIB, expressão da subtaxação da propriedade no Brasil (OLIVEIRA, 2009). Esse é um exemplo claro da resistência das classes possuidoras em contribuir para a sustentação das atividades estatais (mesmo que boa parte delas os beneficie), o único fim desse tipo de imposto é criar a ilusão para os trabalhadores de que há justiça fiscal.

Entretanto, segundo análise de outros países, realizada por Dain (2006, p. 382), a progressividade do IR depende mais da chamada equidade horizontal, segundo a qual, todas as formas de renda seriam submetidas ao mesmo tratamento tributário, reduzindo de forma importante a renúncia fiscal, do que da equidade vertical, relacionada a um número maior

---

<sup>107</sup> São seis os impostos sobre patrimônio no Brasil: grandes fortunas (IGF) - não regulamentado, não cobrado; propriedade rural (ITR) - grandes níveis de sonegação e fiscalização extremamente precária; heranças e doações (ITCD) - regulamentação parcial restringe base de incidência; propriedade de veículos automotores (IPVA); propriedade imobiliária urbana (IPTU) - pouco empenho na sua cobrança; e transmissão de bens imóveis Inter vivos (ITBI) (OLIVEIRA, 2009).

de alíquotas nominais. No Brasil, agrava ainda mais a desigualdade o fato de as rendas mais elevadas encontrarem várias brechas para fugir à tributação.

As instituições bancárias são os maiores beneficiários do sistema tributário brasileiro. Segundo Salvador (2010), os bancos recolheram apenas R\$ 51,9 bilhões de IR e CSLL, no período entre 2000 e 2006, enquanto os trabalhadores pagaram R\$ 233,8 bilhões de IR. O autor destaca, ainda, que enquanto os lucros cresceram 5,5 vezes, a tributação dos bancos aumentou apenas em 2,7 vezes. Isso reforça a evidência de que o sistema tributário brasileiro favorece o capital em detrimento dos trabalhadores, o que não representa novidade, pois historicamente o Estado brasileiro esteve a serviço desses interesses.

Os impostos indiretos incidem sobre a produção, a circulação e o consumo e são considerados regressivos porque permitem a transferência para terceiros do ônus de sua cobrança, acarretando, com isso, consequências negativas para a distribuição de renda, pois os gastos com consumo pesam mais nos orçamentos familiares das pessoas de renda mais baixa. Além disso, com a “separação entre o contribuinte de direito (a empresa que produz e vende bens e serviços) e o contribuinte de fato (o consumidor que os adquire)” é gerado o chamado “fetiche do imposto”:

o responsável pelo seu recolhimento (o vendedor) nutre a ilusão de que recai sobre seus ombros o ônus, quando esse ao integrar a sua estrutura de custos é repassado para os preços e utilizado, enquanto não recolhido, como fonte de financiamento de seu capital de giro a custo zero; por outro lado, o consumidor (o contribuinte de fato) tende a não perceber a contribuição tributária envolvida no ato da compra, inibindo o reforço da consciência sobre o vínculo entre impostos, cidadania e Estado (OLIVEIRA, 2009, p. 192).

No Brasil, os impostos indiretos são três: o ICMS, de competência estadual, o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), federal, e o Imposto sobre Serviços (ISS), municipal, que incide sobre a receita bruta das empresas prestadoras de serviços. Porém, para efeito de análise, é preciso incluir na tributação indireta as contribuições sociais e econômicas, pois apresentam os mesmos efeitos regressivos, chamados por Dain (2006, p. 376) de “impostos travestidos de contribuições”.

O que mais chama a atenção é que a CT brasileira configura-se como uma das mais regressivas do mundo, pois ao contrário da maior parte dos países europeus com CT elevada, sua receita provém majoritariamente de tributos indiretos e cumulativos, que oneram mais os trabalhadores de renda mais baixa, pois incidem sobre o consumo. Considerando os tributos cobrados pelas três esferas de governo, os impostos diretos – renda e patrimônio – raramente ultrapassaram a participação de 20% no total da CT,

enquanto que os que incidem sobre bens e serviços situaram-se em torno de 46%, nos anos 2000. Se aos últimos forem adicionados as contribuições sociais que recaem sobre a força de trabalho (previdenciária, FGTS, Salário-Educação etc.) essa participação se eleva para cerca de 75 a 80% (OLIVEIRA, 2009). Nos países da OCDE, os impostos sobre o consumo representam, em média, 31,9% da tributação total, enquanto o imposto sobre a renda atinge 34,9%, e sobre a propriedade, 5,6%, em média (SALVADOR, 2010).

Um estudo realizado pela Federação do Comércio do Estado de São Paulo confirmou a elevada e crescente regressividade do sistema tributário, ao comparar os anos de 1996 e 2004. Enquanto em 1996, as famílias que ganhavam até 2 salários mínimos arcavam com uma CT de 28,2% do total de seus rendimentos, as famílias com renda entre 20 e 30 salários mínimos arcavam com apenas 14,8% e aquelas com renda superior a 30 salários mínimos, 17,9%. Já em 2004, como resultado da elevação da CT, no período, centrada principalmente em contribuições sociais e econômicas, sabidamente regressivas, como resultado dos compromissos com o ajuste fiscal, a situação só piorou. Para as famílias com renda de até 2 salários mínimos, a CT saltou para 48,8% (um aumento de 20,6%, o maior entre todas as faixas de renda). Para as outras faixas, os aumentos da CT ficaram entre 13,5% e 15,6%, porém, as famílias com renda entre 20 e 30 salários mínimos e aquelas com mais de 30 salários mínimos o aumento foi de 13,9% e de apenas 8,4%, respectivamente (OLIVEIRA, 2009).

A situação da injustiça tributária é tão gritante que um órgão do próprio governo federal, o Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social (CDES), ligado à Presidência da República, dá como título ao seu relatório de observação: “Indicadores de Iniquidade do Sistema Tributário Nacional”. Esse documento constata cinco problemas centrais na CT brasileira:

1) é regressiva e mal distribuída – conforme dados referentes a 2004, descritos no parágrafo anterior;

2) o retorno social é baixo em relação ao volume arrecadado – de uma CT de 34,9%, apenas 10,4% resultam em investimentos em educação, saúde, segurança pública, habitação e saneamento;

3) desincentiva as atividades produtivas e a geração de emprego – grande número de tributos cumulativos (57%) e de tributação sobre a folha de pagamentos (44%);

4) inadequação do pacto federativo em relação às suas competências tributárias, responsabilidades e territorialidades – nos 20% de municípios mais pobres, vivem 27% dos brasileiros e seus orçamentos *per capita* não passam de R\$ 1.032,00; nos 20% dos



municípios mais ricos, vivem 17% dos brasileiros e seus orçamentos *per capita* superam R\$ 2.000,00;

5) não há cidadania tributária – a CT sobre o produto final não é transparente, pois a multiplicidade de tributos federais, estaduais e municipais dificulta a sua compreensão (CDES, 2011).

Outra questão importante quando se analisa políticas sociais, majoritariamente implementadas por governos locais, é saber qual a situação desses entes subnacionais em relação à distribuição do montante de recursos arrecadados pelo Estado. A capacidade tributária própria desses entes subnacionais foi fortalecida pela CF, devido à ampliação da base de incidência do ICMS (absorveu cinco antigos impostos federais) e sua administração delegada aos estados, com os municípios passando a participar dos ganhos, pelo aumento de 25% dos percentuais de partilha sobre o imposto. Por outro lado, “os FPE e FPM mantiveram velhos critérios, discriminando municípios de capitais e favorecendo a proliferação de pequenos municípios sem nenhuma base econômica” (DAIN, 2006, p. 372).

Nas últimas décadas, tem-se assistido a uma proliferação de municípios, determinados mais por interesse de grupos políticos locais em busca de ampliar seus espaços de poder, do que em função de condições reais para a criação de novas estruturas institucionais. Segundo Dain (2006), 60% dos municípios apresentam dependência das transferências constitucionais, medida pela relação entre a receita municipal corrente e os recursos transferidos pelo FPM maior que 50%. É ainda mais preocupante a informação da autora de que 46% dos municípios apresenta um grau de dependência entre 60 e 70%. Isso revela a enorme dificuldade desses governos locais para executar políticas sociais, o que faz com que, na maioria das vezes, elas sejam implementadas exclusivamente com recursos transferidos pela União e pelos estados.

No campo da seguridade social os problemas foram ainda maiores. Os constituintes visaram à garantia de recursos estáveis e cativos, por meio da ampliação e diversificação das bases de financiamento desse sistema, reduzindo sua dependência das contribuições incidentes sobre a folha de salários, e as incertezas relacionadas aos ciclos econômicos, com o objetivo de romper a associação contribuições e benefícios. Do ponto de vista do orçamento, procuraram tornar essas receitas exclusivas da seguridade social, criando um orçamento próprio, o OSS, formalmente separado do OF, como forma de garantir os requisitos necessários à expansão dos direitos sociais e à instituição de um sistema amplo de seguridade social. Entretanto, os governos pós CF não implementaram o

OSS, que só veio a se constituir, apenas formalmente, no governo Lula. Mais que isso, o seu financiamento continua incidindo majoritariamente sobre os trabalhadores, por meio de contribuições sobre a folha de salários, ou pela via do consumo (BEHRING & BOSCHETTI, 2006).

No contexto da financeirização e do ajuste fiscal, os governos pós CF de 1988 agiram ativamente no sentido de drenar para o pagamento dos juros da dívida recursos financeiros que deveriam ser destinados às políticas sociais. Ao mesmo tempo, transferiram progressivamente a proteção social do Estado para o mercado, criando as condições para que os nichos de produtos financeiros contidos na seguridade social, com destaque para os benefícios da previdência social e a saúde, fossem explorados pelos investidores institucionais.

A sangria de recursos da seguridade social, transformados em recursos fiscais para compor o superávit primário<sup>108</sup>, com vistas ao pagamento de juros da dívida, teve como marco inicial a criação do chamado Fundo Social de Emergência (FSE), em 1993, que de social nada tinha, pois possibilitava a retirada os recursos da seguridade social. Em 1994 e 1995, esse mecanismo foi rebatizado por Fundo de Emergência Fiscal (FEF) e, posteriormente, de DRU. Dessa forma, desde 1993 até os dias atuais (a DRU foi mantida pelos governos Lula e Dilma), 20% da arrecadação de impostos e contribuições sociais deixam de financiar a seguridade social e são carreados para as instituições financeiras credoras da dívida brasileira.

O propalado déficit da previdência social, tão utilizado como argumento para justificar a necessidade das ditas “reformas”, só se sustenta uma vez que se omita o desvio de milhões de reais do OSS, por meio do mecanismo perverso da DRU. Conforme destaca SALVADOR (2010, p. 233) o saldo da previdência social “é positivo, variando conforme o órgão ou entidade que o calculou, de R\$ 4,4 bilhões a R\$ 2,7 bilhões, no período de 2004 a 2007”.

Em sua tese de doutoramento, intitulada “O Fundo Público e a seguridade social no Brasil”, Salvador (2010) realizou importante estudo sobre o financiamento dessa política social, entre 2000 e 2007. Destacamos algumas de suas conclusões: as contribuições sociais representam cerca de 90% das fontes de financiamento da seguridade social no período, sendo as mais significativas a Contribuição de Empregadores e

---

<sup>108</sup> Superávit primário é a “economia” dos gastos públicos utilizados para o pagamento de parte dos juros sobre a dívida pública. As receitas do governo devem superar seus dispêndios não financeiros. A diferença, o que foi “economizado” compõe o superávit primário (FERREIRA, 2010).

Trabalhadores para a Seguridade Social (CETSS) (45,52%), a COFINS (26,28%) e a CPMF (8,08%); os recursos provenientes de impostos gerais representam apenas, em média, 6,4%, (apresentando redução no período, de 9,36% em 2003, para 4,85% em 2007). O predomínio das contribuições sociais como fonte de recursos da seguridade social e a insignificante participação dos recursos do OF revelam um lado perverso:

a Seguridade Social é financiada diretamente pelos próprios beneficiários da política (sobretudo da previdência social) e, por meio de tributos indiretos que são pagos, em última instância, pelos próprios usuários das políticas de assistência social e saúde (SALVADOR, 2010, p. 237).

Essa conclusão joga por terra qualquer ilusão de que a seguridade social no Brasil tenha um caráter redistributivo, como ocorre nos países em que os benefícios, além de serem mais abrangentes, são financiados com recursos provenientes de impostos gerais, ou seja, pagos por toda a sociedade, ancorados em sistemas tributários mais progressivos. No Brasil, ao contrário, tem se estreitado a abrangência dos direitos sociais, com restrições de acesso à aposentadoria e limites nos valores recebidos, além de restrições crescentes no acesso às ações e serviços de saúde, consequências também do subfinanciamento. Para completar, essas políticas têm sido progressivamente financiadas com recursos pagos pelos próprios trabalhadores e pela população mais pobre, diante da crescente regressividade do sistema tributário, que também se expressa na seguridade social. O estudo de Salvador (2010, p. 249) revela que, no período estudado, “os tributos diretos responderam por 30,87%, dos quais somente 6,88% referem-se à tributação direta da renda do capital”, ou seja, a maior parte dos tributos diretos que financiam a seguridade social origina-se na renda do trabalho e não é progressiva, como é o caso da contribuição previdenciária, que, devido ao teto, torna-se regressiva a partir de certo nível de renda.

Analisando os três setores componentes da seguridade social, Salvador (2010) destaca que a previdência social teve como fonte de financiamento principal, no período estudado, a CETSS (57,98%), ou seja, a contribuição dos próprios beneficiários. A assistência social, por sua vez, foi financiada majoritariamente pela COFINS (em média 72,62%), a CSLL teve sua participação significativamente reduzida de 12,5%, em 1999, para 3,49%, em 2007, e os impostos gerais contribuíram de forma insignificante (3,61%, em média). O autor conclui que, como as duas fontes com características progressivas (CSLL e impostos) participam de forma inexpressiva, quem de fato financia os benefícios

e serviços dessa política é a população que dela depende, os mais pobres (SALVADOR, 2010).

Em relação ao financiamento, a saúde foi das três políticas a que apresentou, de longe, os maiores problemas, e por se tratar do objeto central deste trabalho, será analisada com mais detalhe posteriormente. Registramos, porém, algumas conclusões do estudo de Salvador (2010). As contribuições sociais responderam pela maior parte das fontes de financiamento da saúde no plano federal, com 84,5%, em média, no período entre 2000 e 2007. Entre essas se destacam a CPMF (então em vigor), com 34,49% e a CSLL, com 29,96%. O autor observa que a CSLL é o único tributo a financiar a seguridade social cuja base de cálculo é o lucro líquido das empresas, por isso, apresenta características progressivas, e sua participação aumentou a partir de 2005, provavelmente devido à elevação desses lucros. A CPMF será tratada em seção específica, mas registre-se que a sua criação não resultou em ampliação de recursos para a saúde, ocorrendo apenas uma substituição de fontes.

Assim, a seguridade social não perdeu completamente o caráter de seguro, mantendo-se a especialização das fontes, com a contribuição direta de empregados e empregadores custeando a previdência social, exatamente como ocorria antes da CF, que pretendia romper com a associação contribuição/benefício. As contribuições sociais incidentes sobre o faturamento, o lucro e a movimentação financeira foram destinadas ao financiamento das políticas de saúde e de assistência social (SALVADOR, 2010).

### **4.3.2 Gastos públicos no Brasil – a que se destinam**

A distribuição da parcela da riqueza que é apropriada pelo Estado, por meio da tributação, é decidida numa arena política, o orçamento público, na qual se expressam os diferentes interesses referentes às classes e suas frações. Historicamente, a escolha da destinação da despesa envolve atos políticos, baseados também em critérios políticos, ou seja, ideiais, concepções e interesses que se chocam nas disputas entre as classes (OLIVEIRA, 2009). Entretanto, como abordado anteriormente, nessa disputa, o capital desfruta de expressiva hegemonia, dada pela própria natureza de classe da sociedade e do Estado. É, portanto, na esfera da política que são tomadas as decisões sobre a repartição e destinação desse expressivo e crescente volume de recursos.

Assim, para compreender a lógica da distribuição da despesa pública é preciso desvelar em cada contexto histórico, as forças que, por apresentar maior poder econômico

e político, conseguem garantir a predominância de seus interesses no orçamento público. Entretanto, a forma técnica como essa peça é apresentada, com diversas rubricas genéricas e obscuras, dificulta a identificação dos interesses nela envolvidos e os principais beneficiários dos gastos públicos.

O'Connor (1977) considera que, no Estado capitalista, as despesas visam ao desempenho de suas duas funções básicas: a acumulação de capital e a legitimação social. O cumprimento dessas funções variaria de acordo com contextos históricos e econômicos, o que explica o crescimento dos gastos sociais nos países europeus do pós-segunda guerra e a sua contenção, a partir da crise econômica iniciada nos anos 1970. Para o autor, com a tendência de declínio da taxa de lucro e a estagnação econômica, o Estado ocupa cada vez mais um lugar central na garantia da lucratividade do sistema, ao mesmo tempo em que deve assegurar a lealdade dos trabalhadores, atendendo, mesmo que parcialmente às demandas sociais.

Em tempos de financeirização neoliberal, o pagamento de juros da dívida pública ocupa um lugar relevante entre as despesas voltadas para a acumulação privada, ao mesmo tempo em que as áreas sociais, como habitação, previdência social e saúde, são transformadas em nichos de exploração financeira. A segunda função - as despesas sociais - contribui para que as classes exploradas tenham a ilusão de que o gasto público beneficia a todos, mantendo, assim, a coesão social e a exploração econômica. Entretanto, quando o ajuste fiscal passa a dominar a política econômica, as despesas voltadas para a garantia dos direitos sociais passam a ter seus valores pressionados por essa prioridade.

A história das ações do Estado no Brasil, como analisado no Capítulo II, está marcada pela predominância da função de acumulação, com fortes estímulos para a industrialização do país, enquanto os gastos com a função de legitimação voltados, principalmente, para garantir as condições de reprodução da força de trabalho, necessária para a própria acumulação de capital, sempre ocuparam um lugar secundário. As políticas sociais, associadas ao trabalho, deixavam milhares de pessoas, que se encontravam à margem dos vínculos formais de emprego, totalmente excluídas do acesso a esses direitos. Também na assistência à saúde a prestação de serviços se deu dessa forma, com a histórica divisão entre os que tinham carteira de trabalho assinada e acesso aos serviços previdenciários, enquanto os demais dependiam da caridade cristã. Até 1964, segundo Oliveira (2009), os gastos orçamentários dos três níveis de governo situavam-se no patamar relativamente baixo, de 20% do PIB.

No período da ditadura militar, acentuou-se a ação do Estado no processo de acumulação capitalista e a função de legitimação foi ampliada de forma mais significativa, a partir do final dos anos 1970, quando o regime já se encontrava em franco desgaste político e necessitava de ações que o legitimassem, situação agravada pela crise econômica internacional e seus reflexos no Brasil. Com as diversas “reformas” realizadas (administrativa, financeira, tributária, entre outras), o Estado recupera temporariamente sua capacidade de financiamento, completado com o instrumento da dívida pública. O gasto público toma novo impulso, chegando a 25% do PIB, em 1970, segundo Oliveira (2009), mantendo-se nesse nível até 1985.

A partir da crise da dívida na década de 1980, e com o fim do regime autoritário, contrariando as expectativas dos que lutaram pela redemocratização e pelo avanço dos direitos sociais, a prioridade dos governos volta-se para a redução dos gastos públicos, o ajuste fiscal. O esforço central visa a economizar recursos públicos, na forma do superávit primário, para honrar os compromissos financeiros com o pagamento da dívida pública. Essa lógica neoliberal está, portanto, intrinsecamente ligada à financeirização da economia, que persistiu em todos os governos que se seguiram à aprovação da CF de 1988.

É nesse contexto de ajuste neoliberal e de financeirização, aumento do desemprego e do arrocho salarial e precarização das relações de trabalho, cuja consequência é o enfraquecimento das lutas sindicais e populares, que devem ser compreendidas as prioridades que o Estado brasileiro vem adotando para ordenar os seus gastos. Por isso, não gera surpresa constatar que as despesas ligadas ao setor financeiro, ou seja, o pagamento dos juros e amortização da dívida pública ganha destaque e assume, no dizer de Ferreira (2010), o status de “intocáveis”, enquanto aqueles relacionados com as políticas sociais, com destaque para a saúde, sofrem todo tipo de restrição. Assim, a análise da execução orçamentária permite apreender as prioridades do governo, para além dos discursos políticos, pois se trata de uma representação acabada dessas prioridades.

Nesse sentido, Fagnani (2009) apresenta três indicadores importantes para a avaliação de políticas sociais do ponto de vista do financiamento e do gasto: a *direção* - indica para onde são dirigidos os recursos da política em questão; a *magnitude* - permite analisar se os recursos são suficientes para o atendimento das necessidades sociais a que se destinam; e a *natureza das fontes de financiamento* - sinaliza de onde provêm os recursos para a execução da política, que envolve as questões relativas ao sistema tributário, anteriormente analisado, e cujas conclusões expõem a natureza regressiva desse sistema e

do gasto social, majoritariamente financiado pelos próprios beneficiários. Trata-se agora de analisar a magnitude e a direção do gasto social.

Ferreira (2010) estudou o impacto da financeirização sobre o gasto público, no período entre 1990 e 2007, e concluiu que o pagamento dos juros sobre a dívida pública constitui-se em uma das grandes prioridades de política fiscal do governo. As obrigações financeiras aumentaram significativamente, passando de 1,1% do PIB, em 1985, para 8,1%, em 2005. A política então em vigor sacrificou gastos fundamentais para compor o superávit primário, que se manteve elevado em todo o período, sem, contudo, lograr reduzir o ônus financeiro da dívida, uma vez que a relação dívida/PIB se tornou cada vez maior. A política das altas taxas de juros contribuiu para manter o serviço da dívida oneroso, pois essas se constituem em um dos principais indexadores da dívida pública. Ressalte-se que os superávits primários obtidos no governo Lula foram superiores aos estabelecidos nos acordos internacionais, conforme destacado por Boschetti (2010), e também aos do governo anterior, segundo dados da tabela a seguir.

**Tabela 8. Superávit primário como proporção do PIB. Brasil, 1999 – 2011**

Ano	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Superávit Primário</b>	3,3	3,6	3,8	3,9	4,3	4,2	4,4	3,9	4,0	3,5	2,1	2,7	3,1	2,8

Fonte: FERREIRA (2010, p. 70) – 1999 a 2007; Banco Central, Relatório anual, 2010.

Dois fatores podem explicar a redução do superávit primário a partir de 2008: a crise econômica que assolou o mundo, a partir desse ano, e a decisão do governo de flexibilizar, em parte, o superávit primário para garantir recursos para o PAC, o carro-chefe da concepção de desenvolvimento econômico do governo, por meio de obras de infraestrutura distribuídas segundo o interesse do capital.

Ao analisar o gasto público no período entre 2004 e 2007, Salvador (2010) ressalta a lógica adotada pelo governo de subordinação dos gastos com direitos sociais para a maioria da população aos interesses do mercado financeiro. Todo tipo de mecanismo foi adotado, além da DRU, incluindo o contingenciamento de recursos, para garantir a “economia” necessária para o pagamento dos juros da dívida. Segundo o autor,

o Brasil pagou mais de R\$ 794,65 bilhões de juros, encargos e amortização da dívida no período de 2004 a 2007. O refinanciamento da dívida totalizou R\$ 374.783,32 milhões em 2007. Trata-se da rolagem da dívida via emissão de novos títulos (operação contábil) para o pagamento dos que estão vencendo. Só no ano de 2007, se somados os valores da rolagem com o pagamento de juros e encargos da dívida

(R\$ 140.311,78 milhões) e a amortização (R\$ 97.093,32 milhões) chega-se ao montante de **R\$ 758,8 bilhões – quase a metade do orçamento fiscal e da seguridade social do próximo ano (48%)** foi comprometida com os credores financeiros do governo (SALVADOR, 2010, p. 192-3). (sem grifo no original)

Esses números revelam a dimensão do verdadeiro assalto perpetrado aos cofres públicos em favor do sistema financeiro. Como consequência, os gastos com as políticas sociais sofrem uma significativa retração. O autor agregou o que denominou de “funções orçamentárias relacionadas à efetivação dos direitos”<sup>109</sup>, e concluiu que, enquanto os gastos orçamentário aumentaram em 32,38%, no período, as despesas com a efetivação dos direitos cresceram bem menos (27,28%). A saúde, que representa o segundo maior montante de recursos dispendidos no período (5,57%), apresentou aumento de 17,56% no percentual de gastos federais, muito inferior ao crescimento do orçamento (32,38%). A evolução e os condicionantes do financiamento da saúde como um todo, e da APS em particular, serão analisados com mais detalhe mais adiante.

Porém, é preciso assinalar outra característica do desenvolvimento das políticas sociais no Brasil, que se iniciou no período militar e que tem se agravado após a redemocratização e a emergência das políticas de ajuste fiscal: a transferência progressiva da responsabilidade para a iniciativa privada. As restrições nos benefícios previdenciários, particularmente a instituição de dificuldades para o acesso à aposentadoria e as limitações nos seus valores, tem favorecido a expansão dos fundos de previdência privada, lócus privilegiado de acumulação financeira, conforme analisado por Harvey (2011). Na educação, o governo Lula ampliou o volume de recursos destinados às universidades privadas, por meio do ProUni, sustentando a exploração privada desse direito, a pretexto de ampliar o acesso à educação superior. No caso da saúde, a contenção, ainda mais grave, do gasto, além de uma série de mecanismos de isenção e renúncia fiscal, tem propiciado a expansão da rede privada de serviços e, com isso, consolidado a segmentação do sistema de saúde, com o sistema público especializando-se em atender a população mais pobre, apesar da defesa formal da universalidade. É o que analisaremos na próxima seção.

No momento em que estamos escrevendo este trabalho, duas notícias confirmam essa tendência e o risco que ela acarreta para os direitos sociais. A primeira<sup>110</sup> destaca que os fundos de pensão fechados de previdência complementar, detentores da maior poupança

---

<sup>109</sup> Foram considerados por Salvador (2010) gastos relativos a direitos sociais os seguintes: assistência social, previdência social, saúde, trabalho, educação, cultura, direitos de cidadania, urbanismo, habitação, saneamento, gestão ambiental, organização agrária e desporto e lazer.

<sup>110</sup> *Fundos de pensão de funcionários de empresas estatais podem virar pó*. Correio Braziliense, Brasília, 29 out 2012, Caderno Economia, p. 13.



do país (patrimônio superior a R\$ 620 bilhões), foram atraídos por bancos pequenos e médios com a promessa de rentabilidade superior à de mercado, e têm contabilizado prejuízos recorrentes a partir do fechamento de algumas dessas instituições pelo Banco Central. Há suspeitas de irregularidades envolvendo os gestores desses fundos, que estariam recebendo dinheiro “por fora” desses pequenos bancos para fazerem aplicações. Mais uma evidência de que a poupança dos trabalhadores, transformada por meio dos fundos de pensão em capital financeiro, passa a ser objeto de especulação de todo tipo, pondo em risco a expectativa de aposentadoria de milhares de pessoas. Boschetti (2012) sinaliza os riscos das aposentadorias financiadas por capitalização, destacando que, na crise de 2008, os fundos de pensão perderam de um dia para outro cerca de 23% de seus investimentos nos países da OCDE.

A segunda matéria<sup>111</sup> dá conta do interesse de grandes grupos privados internacionais nas áreas de saúde e de educação do país. A aquisição da Amil pela americana *United Health* mostra que a saúde e a educação estão hoje entre “os mais cobiçados do país para investimentos de empresas e fundos estrangeiros”. O aumento da demanda por ensino e atendimento médico privado, além da fragmentação em milhares de empresas concorrentes (só no setor de planos de saúde, a matéria destaca, seriam 1.600) estaria favorecendo o processo de fusões e aquisições. A compra da Amil, a maior empresa do ramo no Brasil, por R\$ 10 bilhões é considerada apenas o início de um processo de consolidação de empresas de convênios médico-hospitalares, tanto por grupos estrangeiros como nacionais. Na área da educação, a empresa americana *Laureate International Universities*, já adquiriu onze instituições brasileiras, sendo a primeira a Anhembí Morumbi, em 2005, por US\$ 69 milhões. Os investimentos do governo para aumentar a inclusão no ensino superior, por meio do ProUni, têm atraído o interesse do capital estrangeiro, segundo a matéria.

Essas duas notícias contribuem para a visualização de como as políticas do governo estabelecem importantes conexões com os interesses do capital local e internacional na sua busca por novos nichos de mercados para a acumulação. É nesse contexto, que deve ser analisada a evolução e situação atual da destinação de recursos para as políticas sociais e para a saúde, em particular.

---

<sup>111</sup> *Amil e United Health dispensaram intermediários para fechar preço do negócio*. Folha de S. Paulo, São Paulo, 10 out. 2012, Caderno Mercado. Disponível em: < <http://folha.com/no1190722> >. Acesso em: 29 out. 2012.

#### 4.4 Financiamento da saúde no Brasil: mix público/privado

Para clarear as origens da situação atual do financiamento do sistema de saúde no Brasil é preciso retomar sinteticamente a história da conformação das políticas de saúde discutida no Capítulo II. Até 1930, como vimos, o Estado desempenhava poucas funções relativas ao atendimento de necessidades sociais. Na saúde, o financiamento público contemplava apenas ações mais gerais de saúde pública (controle de doenças endêmicas), ficando a assistência médica, geralmente a parte mais cara, a cargo das próprias famílias ou de instituições filantrópicas.

À medida que o desenvolvimento capitalista coloca a necessidade de reprodução da força de trabalho, e esta se organiza em defesa de seus direitos, com a centralização do Estado, este passa a assumir a estruturação de uma política de assistência médica nos moldes do seguro de saúde *bismarckiano*, segundo o qual, os benefícios estavam associados à contribuição. A partir daí, consolidou-se o que seria o modelo hegemônico na organização dos serviços de saúde até a aprovação da CF de 1988, segmentado em dois subsistemas: a saúde pública, hegemônica até meados dos anos 1960, e a medicina previdenciária, centrada na assistência médica aos trabalhadores vinculados ao mercado formal de trabalho, com acentuado crescimento no período da ditadura militar. Essa última, por priorizar a compra de serviços privados, constituiu-se em campo fértil à acumulação de capital e, portanto, na consolidação de um forte setor de planos e seguros privados de saúde.

Mascarenhas (2006), em histórico trabalho, publicado em 1967<sup>112</sup>, em que analisa o financiamento dos serviços de saúde pública na segunda metade dos anos 1950 e nos primeiros anos da década de 1960, destaca o papel desempenhado pela União e pelos estados na elaboração, regulamentação e execução dessas ações, ficando os municípios com poucas responsabilidades nesse campo. Isso ocorria, segundo o autor, em função da distribuição da arrecadação tributária que concentrava recursos nas esferas federal e estadual. Como exemplo, em 1962, a União arrecadava 51,6% do total de impostos, os estados, 42,8%, e os municípios, apenas 5,6%. Porém, a maioria dos estados arrecadava mais que a União; em apenas seis, ocorria o inverso.

Mascarenhas (2006) conclui que as despesas governamentais com a saúde pública (não incluindo a assistência médica), naquele período, eram modestas. Tomando o ano de

---

<sup>112</sup> O trabalho, originalmente publicado pela Revista de Saúde Pública, em 1967, foi um dos primeiros a abordar a questão do financiamento da saúde e, por isso, foi republicado em 2006.

1955 como exemplo, os governos da União, dos estados e dos municípios dispenderam, conjuntamente, em média, 5,6% dos seus orçamentos, caindo, em 1962, para 4,5%. A União que, em 1955, comprometia 4,2% de suas despesas com saúde, reduziu-as para 2,5%, em 1964, enquanto os estados passaram de 7,7% para 6,7%, no mesmo período, e os municípios reduziram de 4,0% para 3,5%. Em 1962, a composição dos gastos estatais com saúde pública era a seguinte: União 36,4%, estados 59,3% e municípios apenas 5,5%.

Assim, fica evidente que, no período que antecede aos regimes militares, os tributos estavam concentrados nos níveis estadual e federal, com a maioria dos estados arrecadando mais que a União, enquanto os municípios apresentavam arrecadação muito baixa. Os gastos com saúde pública não eram prioritários nesse sistema tributário altamente centralizado, representando percentuais muito baixos em relação às despesas totais, e com a União reduzindo sua participação. Paralelamente, crescia o mercado de planos privados em forte associação com a medicina previdenciária, ou seja, financiada com dinheiro público.

Nos anos referentes aos governos autoritários, se acentuou a divisão dos recursos destinados à saúde, no plano federal, em duas esferas públicas distintas, correspondentes às duas modalidades de organização das ações: o MS, que disputava recursos no OF, e o SINPAS, no qual a assistência médica, principalmente hospitalar, disputava recursos com outras duas áreas: benefícios previdenciários e assistência social. As receitas do SINPAS eram arrecadadas pela previdência social, com uma contribuição pequena do OF da União<sup>113</sup>. O orçamento do SINPAS não era apreciado pelo Congresso Nacional, mesmo que de forma meramente formal, como ocorria com o OF (VIANNA, 1992). Predominava o gasto com a assistência médica aos segurados da previdência social, custeada majoritariamente pela folha de salários, enquanto a saúde pública dispunha de poucos recursos para as ações coletivas a cargo do MS.

Daí decorre que a forma de financiamento das políticas de saúde está diretamente relacionada com o modelo adotado pelo Estado para a oferta dessas ações, historicamente determinada, ou seja, relacionada com o resultado das disputas políticas no contexto de cada país, em cada tempo específico. Nesse sentido, pode-se sistematizar, para efeito de análise, basicamente três modelos de financiamento da saúde, articulados aos modos de estruturação dos sistemas de atenção, anteriormente estudados. Ao modelo dos sistemas

---

<sup>113</sup> Entre 1971 e 1988, apenas em dois anos a participação da União no orçamento do SINPAS chegou a mais de 10% da receita total do SINPAS: em 1971 (10,9%) e, em 1984, (11,6%). A partir de 1985, com a redemocratização esse percentual começou a cair, chegando a 0,8% e 0,6% em 1987 e 1988, respectivamente (VIANNA, 1992).

nacionais de saúde, de caráter universal, correspondem fontes de financiamento baseadas em impostos gerais e contribuições sobre a folha de salários. O modelo do seguro de saúde ou previdenciário é voltado para trabalhadores com vínculos formais, e financiado pelas contribuições sociais das empresas e dos trabalhadores, podendo receber contribuições do OF, resultando numa clara associação entre contribuição e benefício. Esse modelo predominou no período que antecede a CF de 1988, porém, com uma abrangência muito inferior à dos países do capitalismo avançado, dadas as características do mercado de trabalho do país, excludente da maioria e com elevado desemprego. O terceiro modelo é o chamado de assistencialista, por Medici (1994), ou liberal-privatista, por Campos (1989), cujo exemplo mais bem acabado se desenvolveu nos EUA, onde o mercado organiza a produção e distribuição dos serviços de saúde e o Estado é responsável pela assistência à saúde apenas para as camadas de renda mais baixa. O modelo brasileiro, apesar das disposições constitucionais em contrário, cada vez se aproxima mais desse último, como veremos mais adiante.

Até o final dos anos 1980, coerente com a hegemonia da medicina previdenciária compradora de serviços privados, a principal fonte de recursos para a saúde provinha do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), com 80 a 92% de receitas oriundas das contribuições obrigatórias sobre a folha de salários. Os demais recursos eram provenientes do tesouro da União (0,6% a 11,0% do FPAS) e de outras receitas que não chegavam a 12% do gasto. O volume de recursos destinados pelo FPAS à saúde não ultrapassava 38% de suas receitas. Ao longo dos anos 1980, houve um aumento proporcional dos recursos fiscais destinados ao financiamento da saúde (de 12,9%, em 1980, para 27,6%, em 1989) e uma redução na proporção dos recursos oriundos do FPAS (de 85,3% para 72,2%, no mesmo período). Nesse período, há uma forte predominância do gasto federal no total de gastos em saúde (entre 75% a 80%), reflexo da extrema centralização das políticas públicas no período autoritário (MEDICI, 1994).

A crise econômica de meados dos anos 1970 aos anos 1980 impôs uma racionalização do gasto público, ao mesmo tempo em que o regime militar buscava meios de garantir a sua legitimação. Nesse contexto, a crise financeira da previdência social, decorrente do modelo centrado na compra de serviços privados e do aumento de custos da assistência médica, somada à retomada do movimento pela redemocratização e por reformas na saúde, levou à adoção pelo governo de uma série de medidas racionalizadoras (PIASS, PREV-SAÚDE, CONASP, AIS, SUDS), que visavam à ampliação da cobertura

dos serviços básicos, num processo inicial de desconcentração<sup>114</sup>, como analisado no Capítulo II. Esse processo tinha como um dos eixos racionalizadores, a unificação institucional da área da saúde, com a perspectiva de extinção do INAMPS e criação de um único órgão responsável pela política de saúde.

Nesse período, incrementaram-se os repasses de recursos do governo federal para os municípios (AIS), por meio de convênios, seguindo, inicialmente, a mesma lógica da compra de serviços de assistência individual, como se o poder público local fosse apenas “mais um fornecedor do INAMPS” (MEDICI, 1994, p. 91). Um balanço realizado por Medici (1994) concluiu que a transferência federal de recursos no período das AIS (1983-1985) priorizou os municípios que tradicionalmente gastavam mais com saúde, reforçando, dessa forma, as crônicas desigualdades de acesso. Com o SUDS, há uma ampliação da transferência de recursos, mas dessa vez, priorizando os estados como instâncias coordenadoras do processo de municipalização. A análise dos repasses desse período revelou uma tentativa nos primeiros anos (1986-1987) de priorizar as regiões com maiores problemas de acesso (Norte e Nordeste), porém, nos dois anos seguintes, a prioridade volta para as regiões Sul e Sudeste (MEDICI, 1994).

O financiamento da saúde nesse período que antecede a elaboração da nova CF apresentava uma série de dificuldades, assim sintetizadas por Medici (1994): a principal fonte (a contribuição previdenciária) apresentava um comportamento decrescente nas crises, quando o nível de empregos e os salários tendiam a se reduzir; os recursos para a saúde ficavam em segundo plano em relação ao pagamento dos benefícios da previdência social, nos momentos de crise, só com o que sobrava dos gastos com esses benefícios; a contribuição previdenciária é perversa, pois penaliza mais os trabalhadores e as pequenas e médias empresas; o repasse de recursos federais a estados e municípios, por meio de convênios, tinha como base critérios clientelistas e eleitoreiros, quando deveria se dar de forma automática.

Isso explica por que muitos setores do movimento sanitário defendiam uma separação ou especialização das fontes de custeio das três áreas que compunham a seguridade social, e viam com certa preocupação a possibilidade de um fundo único, que poderia deixar a saúde na mesma condição de disputar recursos com os benefícios da previdência social. Porém, quanto à necessidade de diversificação das fontes de

---

<sup>114</sup> Desconcentração – utilizamos esse termo para diferenciar do processo de descentralização que pressupõe algum grau de transferência de poder e de capacidade de arrecadação de recursos.

financiamento, incorporando fontes mais progressivas, como o tributo sobre o lucro e o faturamento, havia acordo.

#### **4.5 Processo de desfinanciamento do SUS**

A discussão e elaboração da nova CF, no bojo da luta pela redemocratização, foram marcadas por fortes conflitos entre os diversos interesses em disputa na sociedade, conforme analisamos no Capítulo II. No campo da saúde, concordamos com Menicucci (2010), o resultado consagrou a dualidade no sistema de saúde no Brasil, ao garantir a liberdade de atuação da iniciativa privada e, com isso, a persistência da dicotomia público-privada, mantendo o sistema público dependente da rede privada para a prestação da assistência, principalmente no segmento especializado e hospitalar. Nesse quadro, a questão do financiamento da saúde assume contornos dramáticos, pois a configuração universal do sistema iria depender do volume de recursos destinados à sua efetivação.

Desde os primeiros anos do SUS observou-se a ação deliberada dos governos, com marcada adesão às políticas de ajuste, no sentido de não cumprir as determinações constitucionais, fazendo o passado se recompor dentro do novo e alterando a vocação do futuro, conforme assinalou Campos (2010). Com a sobrevivência da mistura público-privado, o sistema instituído presta assistência direta e também contrata organizações privadas, consolidando uma dicotomia, caracterizada pela responsabilidade do Estado pela APS e urgências e emergências e a iniciativa privada, pelo atendimento especializado, hospitalar e o apoio diagnóstico. Assim, nas palavras de Campos (2010, p. 298): “o SUS conservou e permitiu a reprodução da cultura liberal-privatista, de composição do público com o privado, com baixo grau de cogestão ou mesmo de regulação destas relações”. Ao mesmo tempo, foi possível viabilizar uma série de avanços no acesso aos serviços públicos de saúde, mas limitados pelas restrições impostas ao financiamento.

Campos (2010) chama a atenção para o fato de a relação público/privado assumir no Brasil uma característica singular, pois aqui não ocorreu a nacionalização da rede privada hospitalar, como em Portugal e no Reino Unido, nem houve um grande confronto entre os médicos e a reforma sanitária, como ocorreu onde houve socialização da atenção à saúde. Ao contrário, a garantia da liberdade de atuação à iniciativa privada, além da sua participação de forma complementar no novo sistema público, atenuou em grande medida a resistência de médicos e empresários da saúde ao SUS, pois foram asseguradas condições ideais para a exploração privada na prestação de serviços de saúde. Para o autor, em função

do contexto de crise das políticas sociais e do socialismo, houve um “velamento” da origem do SUS nos sistemas socializados, o que levou a um descolamento da tradição dos sistemas universais. Um exemplo disso foi o surgimento tardio da proposta de organização da APS por meio do PSF, que se deu apenas em 1994, como um programa vertical e focalizado, enquanto que naqueles países essa foi uma questão de primeira hora.

O caminho foi pavimentado, desde a elaboração da CF, para mudar alguma coisa desde que tudo permanecesse como antes, seguindo a velha tradição das classes dominantes brasileiras de soluções pelo alto. O passo seguinte para a permanência da saúde como espaço privilegiado de acumulação de capital deu-se no processo de financiamento. Diante das dificuldades para alterar a conformação legal do sistema<sup>115</sup>, manteve-se o discurso da universalidade e integralidade, enquanto eram cortadas as possibilidades concretas de sua materialização, em função da lógica do ajuste fiscal, economizar recursos para garantir o pagamento da dívida. Nesse sentido, nunca foi cumprida a determinação constitucional de garantir, no mínimo, 30% do OSS para a saúde, excluindo o seguro-desemprego, até que fosse aprovada a primeira LDO. Também não foram definidas regras sobre a participação de estados e municípios no financiamento da saúde. Houve apenas uma indicação do MS e do INAMPS de que deveria ser em torno de 10%. Os estados estavam bem abaixo disso, enquanto alguns municípios já gastavam mais (MEDICI, 1994).

Assim, os primeiros anos do SUS, mesmo após a aprovação da LOS, no final de 1990, seguiram o curso anterior de dependência das sobras dos gastos com benefícios previdenciários. Com as preocupações dos setores comprometidos com a implantação do SUS (principalmente, os gestores locais) voltadas, nesses primeiros anos, para a descentralização / municipalização e para o estabelecimento de critérios para o repasse de recursos federais para os municípios, as questões mais gerais do financiamento e do modelo de atenção (implantação de uma ampla rede de APS e mudança da relação com o setor privado), ficaram em segundo plano. Em 1993, ocorre uma primeira grande crise, quando, diante do aumento das despesas com benefícios previdenciários, não foram

---

<sup>115</sup> O governo federal fez duas tentativas para mudar estruturalmente o SUS: 1) PEC 32, que propunha alterar o artigo 196 da CF, visando a estabelecer limites ao direito à saúde e restringir o dever do Estado na prestação da assistência. Entretanto, diante das pressões sociais, essa PEC não foi aceita pela Comissão Especial criada para avaliar matérias relativas a mudanças constitucionais, levando o governo a retirá-la; 2) proposta de reforma administrativa da saúde, que objetivava a separação entre assistência ambulatorial e hospitalar, a reconstrução de um órgão federal para gerir essa última e a transformação de todas as unidades hospitalares em OSs. Diante das reações contrárias, a proposta foi alterada, mantendo a conversão em OSs. Em reunião do Conselho Nacional de Saúde, em fevereiro de 1997, o governo FHC manifestou claramente posição contrária aos princípios do SUS, defendendo um sistema público destinado aos pobres (MENICUCCI, 2007). Isso de fato foi feito pela via do estrangulamento do financiamento.

repassados para a saúde os 15,5% da contribuição sobre a folha de salários, como previsto na LDO. A partir daí, a saúde perdeu essa importante fonte de recursos. Além disso, persistia a indefinição sobre *gasto com ações e serviços de saúde*, o que permitia a inclusão de despesas com saneamento básico, merenda escolar, assistência à saúde de servidores, encargos com inativos e pensionistas do MS, que até 1988 eram financiados com recursos fiscais (MEDICI, 1994; VIANNA, 1992).

Diante das dificuldades crescentes com o financiamento da saúde, o MS foi obrigado a recorrer a empréstimos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), que terminou por onerar os orçamentos seguintes. Então, foi então instituída a CPMF em 1996, com esse objetivo. Porém, resultou em apenas mais uma ilusão daqueles que lutavam pela implantação do SUS. O que o novo imposto acrescentou em volume de recursos, o governo federal retirou, com a redução da participação de outras contribuições sociais. Além disso, a CPMF deixou de ser uma contribuição exclusiva da saúde, passando a financiar despesas previdenciárias, a partir de 1999, e compor o Fundo de Combate à Pobreza, a partir de 2001, sendo extinta em 2007. Portanto, apesar de a CPMF se constituir em importante fonte de recursos, o que ocorreu na prática foi uma substituição de fontes, impedindo apenas a redução do gasto com saúde (SERVO *et al*, 2011).

A partir de 1993, diante do quadro preocupante de precariedade de recursos para a saúde, é apresentada a PEC nº 169/1993 com o objetivo de garantir vinculação de recursos. Após anos de tramitação dessa e de outras propostas com o mesmo fim, foi aprovada a EC nº 29/2000, que parecia finalmente resolver o crônico desfinanciamento da saúde. Porém, o governo FHC havia conseguido garantir a manutenção de sua prioridade para o ajuste fiscal. A proposta aprovada, diferentemente de todas as anteriores, retirava a aplicação do percentual mínimo sobre a arrecadação para a esfera federal, mantendo-o somente para estados (12%) e municípios (15%). Para a União foi instituído o critério *da variação nominal do PIB do ano anterior*, o que, na prática, significou a “legalização da retração da participação federal” (CEBES, 2010, p. 309).

Além de transferir a responsabilidade do financiamento da saúde para as esferas subnacionais e desvincular da saúde os recursos da CPMF, fazendo parecer que o problema da escassez de recursos para o setor estava sendo resolvido, o governo FHC, adotou outras medidas que sinalizavam descompromisso com o SUS. A regulamentação dos planos privados de assistência à saúde alavancou o mercado privado, com todos os incentivos públicos que favoreciam o seu crescimento. Foi, também, instituída a abertura dos hospitais universitários para clientela privada, via convênios, sob o pretexto de ampliar



recursos para esses serviços, o que restringiu vagas públicas. Outra medida pró-mercado foi a proposta de transformação dos hospitais públicos em OSs, juridicamente privadas (MENICUCCI, 2007).

Para completar o processo de desfinanciamento do SUS, o governo federal adotou uma interpretação que restringia ainda mais os recursos destinados à saúde, o chamado critério de base de cálculo fixa. Segundo o qual, o cálculo dos recursos teria como base o valor apurado no ano de 2001 (seguinte à EC 29) acrescido, ano a ano, pela variação do PIB sobre essa mesma base. Ao contrário, os defensores do SUS, endossados por um parecer do Tribunal de Contas da União (TCU), defendiam a chamada “base móvel”, com a apuração sendo feita, ano a ano, com base no ano anterior, o que favorecia a ampliação de recursos. Como consequência do critério do PIB e dessa interpretação, ocorreu uma retração da participação da esfera federal no montante do gasto público com saúde e, em contrapartida, uma elevação da participação de estados e municípios, como verificaremos mais adiante.

Fica ainda mais evidente o processo de redução da participação da esfera federal se se considerar que na década de 1980, essa se situava num patamar médio de 75% e em meados da década de 1990, em torno de 63%, os estados, 20,7% e os municípios, 16,4%. Assim, verificamos que o resultado do processo de reestruturação da saúde, desde meados dos anos 1980 até 2010, acarretou uma redução de quase 50% na participação da União no gasto com saúde, saindo de 75% para aproximadamente 45%, em 2010. No período de vigência da EC 29, a redução alcançou cerca de 25% (de quase 60% para 45%).

Quando da primeira eleição de Lula, muitos imaginavam que a história de dificuldades da saúde teria terminado, afinal o partido central do novo governo vinha de uma história de luta em defesa do SUS e das políticas sociais, inclusive da proposta de vinculação de recursos para a área. Entretanto, os compromissos assumidos com os organismos internacionais e com o capital financeiro determinaram a continuidade da política econômica. Essa decisão pró-credores internacionais selou o destino do financiamento das políticas sociais. Assim, o governo Lula, como o anterior, restringiu os gastos com saúde, basicamente por meio de três mecanismos, que analisaremos a seguir.

O primeiro e mais importante foi a continuidade da DRU, que desvia 20% de recursos da seguridade social para compor o superávit primário, transformando um orçamento superavitário em deficitário. A manutenção e até a ampliação desse mecanismo é o mais revelador dos efetivos compromissos do governo com o capital financeiro em detrimento das políticas sociais. Como evidência, Mendes & Marques (2010) destacam

que, sem a DRU o OSS em 2000 e 2006 contaria com significativos superávits da ordem de R\$ 27,3 bilhões e R\$ 50,9 bilhões, respectivamente.

A segunda ação no sentido de limitar os gastos com saúde se deu no campo do descumprimento do conceito de ações e serviços de saúde. Diante da não inclusão desse conceito na EC 29, o Conselho Nacional de Saúde, após reuniões com diversos órgãos e entidades, aprovou a Resolução nº 322/2003, homologada pelo ministro da saúde, estabelecendo o que deveria e o que não seria considerado gasto com saúde. Entretanto, muitos gestores argumentaram que essa Resolução não tinha força de lei, um pretexto para incluir gastos não contemplados na definição aprovada<sup>116</sup>. O que ocorreu também no governo Lula, que em todos os anos do primeiro mandato tentou incluir despesas com pagamento de juros e com a aposentadoria de servidores do MS, tendo recuado pela ação de entidades da saúde<sup>117</sup>. Em 2004 e 2005, foram contabilizados recursos do PBF (R\$ 3.368,15 milhões) para efeito de cumprimento da EC 29. Em 2006, o governo recuou após parecer contrário do Ministério Público Federal, e os recursos do programa foram integralmente alocados no Ministério do Desenvolvimento Social (SALVADOR, 2010). No mesmo ano, o governo tentou incluir gastos com assistência médica de militares e seus dependentes, com novo recuo diante da mobilização das entidades da saúde (MENDES & MARQUES, 2010).

A terceira iniciativa do governo Lula para impedir a elevação dos gastos com saúde se deu por meio da tentativa de eliminar a vinculação constitucional, conforme documento enviado ao FMI, preparatório de um novo acordo, baseando-se na ideia de que a “flexibilização da alocação dos recursos públicos contribuiria para o crescimento do país” (Ministério da Fazenda, 2004 *apud* MENDES & MARQUES, 2010, p. 283). O que de certa forma foi novamente tentado com a proposta de reforma tributária de 2008, que incluía a extinção de contribuições sociais vinculadas à seguridade social. O mais impressionante do ponto de vista da virada que se operou na posição política do PT (o partido do ministro da fazenda, do ministro do planejamento e do ministro da saúde de então) é que até mesmo o critério da variação nominal do PIB, que consta da EC 29, foi considerado exagerado, conforme destacam Mendes & Marques (2010), pois a intenção do governo era retirar essa obrigação do MS. Não foi à toa que a proposta de vinculação de

---

<sup>116</sup> Em muitos estados, são incluídos gastos com inativos, merenda escolar, saneamento e hospitais de clientela não universal no gasto com saúde para efeito de cumprimento da EC nº 29 (Mendes & Marques, 2010)

<sup>117</sup> Fórum da Reforma Sanitária (Abrasco, Cebes, entre outros), Conselho Nacional de Saúde e Frente Parlamentar da Saúde.

10% das receitas correntes brutas, que implicaria um volume maior de recursos<sup>118</sup>, apoiada pelo movimento sanitário, foi solenemente boicotada pelo governo, que trabalhou permanentemente no sentido da sua rejeição, no processo de regulamentação da EC 29<sup>119</sup>.

O governo se mobilizou, no final de 2007, para garantir a prorrogação da CPMF, vinculando-a à discussão do financiamento da saúde como estratégia para tentar aprová-la. Chegou a apresentar uma proposta substitutiva, baseada no acréscimo escalonado da CPMF no financiamento da saúde. Como o Senado rejeitou a prorrogação da CPMF, o governo retirou sua proposta, o que revelou ser apenas uma tática. Como resultado, após oito anos de governo Lula, a regulamentação da EC 29 não foi votada pelo Congresso Nacional, com consequências também para as outras esferas de governo, em função da “indefinição” sobre o que seria considerado gasto com saúde. Como o governo dispunha de ampla maioria para aprovar propostas de seu interesse, a conclusão é que, de fato, qualquer possibilidade de ampliação significativa de gastos com saúde estava totalmente descartada pelo governo, cuja meta principal era a garantia do superávit primário para pagar os juros da dívida.

Além disso, o governo federal, desde 1990, atuou no sentido de ampliar o financiamento indireto para o mercado de planos e seguros privados de saúde, por meio dos seguintes mecanismos: isenção tributária a hospitais privados terciários credenciados por operadoras de planos privados; participação do orçamento público, incluindo de estatais, no financiamento de planos privados aos servidores públicos; deduções no IRPF e no IRPJ dos consumidores de serviços privados de saúde; e pouco empenho para garantir o ressarcimento ao SUS por atendimentos prestados a clientes de operadoras privadas, conforme previsto na Lei nº 9.656/1998, e que somente nos últimos anos começou a ocorrer, mas de forma insuficiente. Segundo o CEBES (2010, p. 309), o valor total desses subsídios corresponde a “mais de 20% do faturamento anual do conjunto de todas as operadoras privadas de planos e seguros de saúde que atuam no país”.

Carvalho (2010) estimou a renúncia fiscal federal relativa à saúde, para o ano de 2008, em R\$ 8,7 bilhões, distribuídos da seguinte forma (em bilhões): IRPF (despesas médicas) - 2,6; IRPJ (assistência a empregados) - 2,1; Entidades sem fins lucrativos (assistência social) - 1,8; Indústria farmacêutica (medicamentos) - 2,2. Isso, sem levar em

---

<sup>118</sup> Em 2007, a vinculação às receitas correntes brutas representaria um aumento de R\$ 20 bilhões na despesa do MS.

<sup>119</sup> A regulamentação foi aprovada apenas em 2012, já no governo Dilma Roussef, por meio da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, mantendo o mesmo critério de correção dos valores pela variação nominal do PIB para os gastos da União, o que terminou por consolidar o quadro de desfinanciamento do SUS.

conta a renúncia fiscal praticada por estados e municípios, dá uma ideia da relação perversa que foi estabelecida entre o fundo público e os interesses privados na área da saúde. De um lado, restringe-se o gasto em saúde, de outro, fomenta-se a ampliação do mercado de planos e seguros privados. Nada mais de acordo com as propostas de ajuste neoliberal.

Como afirmam Mendes & Marques (2010), atualmente, o principal obstáculo para a saúde pública decorre de o capital financeiro ser o principal determinante das políticas governamentais, o que faz com que as políticas sociais sofram cortes de recursos e restrições na concepção de programas e ações. Como demonstração da força do capital financeiro no Brasil, os autores, destacam que, só no ano de 2007, foram gastos cerca de R\$ 160 bilhões com juros da dívida, o que equivalia a 3,3 vezes o gasto do MS, no mesmo ano.

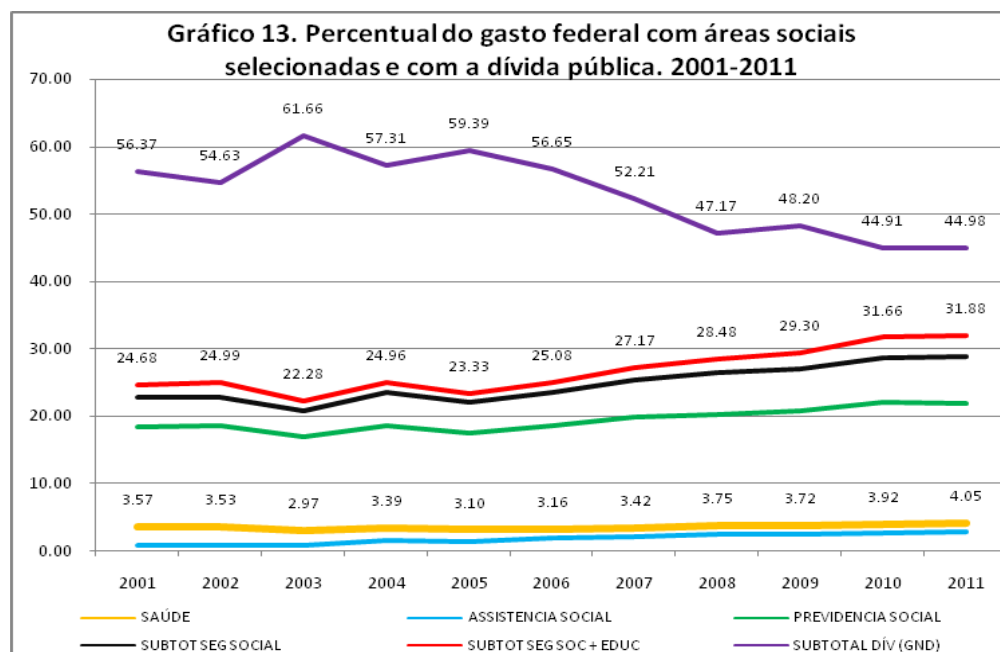
#### **4.6 Gastos federais com saúde e APS**

Coerente com o método adotado no desenvolvimento desta pesquisa, partiu-se da premissa de que a compreensão do financiamento da saúde só pode se dar a partir da análise do contexto mais geral de definição das prioridades de partilha do fundo público. Assim, adotou-se como ponto de partida a distribuição do gasto federal entre as diversas funções desempenhadas pelo Estado; para isso foram analisados os dados referentes aos anos de 2001 a 2011, do OF e do OSS, utilizando o conceito de despesa paga. Todos os valores foram deflacionados pelo IGP-DI e estão dispostos na Tabela 9, no Anexo 2.

Dessa primeira aproximação depreende-se que as cinco principais funções<sup>120</sup> em termos de volume de recursos no período analisado em ordem decrescente são: encargos sociais, previdência social, saúde, educação e assistência social. Importante destacar que a função assistência social, em seis dos anos estudados, apresentou gasto superior à da função educação. Como a função encargos sociais inclui outros gastos além daqueles com a dívida pública e a intenção é avaliar o peso dessa última no gasto federal, utilizou-se a classificação por natureza da despesa, conforme disposto na tabela 10, no Anexo 2. Assim, é possível comparar os gastos com a seguridade social e educação com aqueles efetuados com a dívida pública.

---

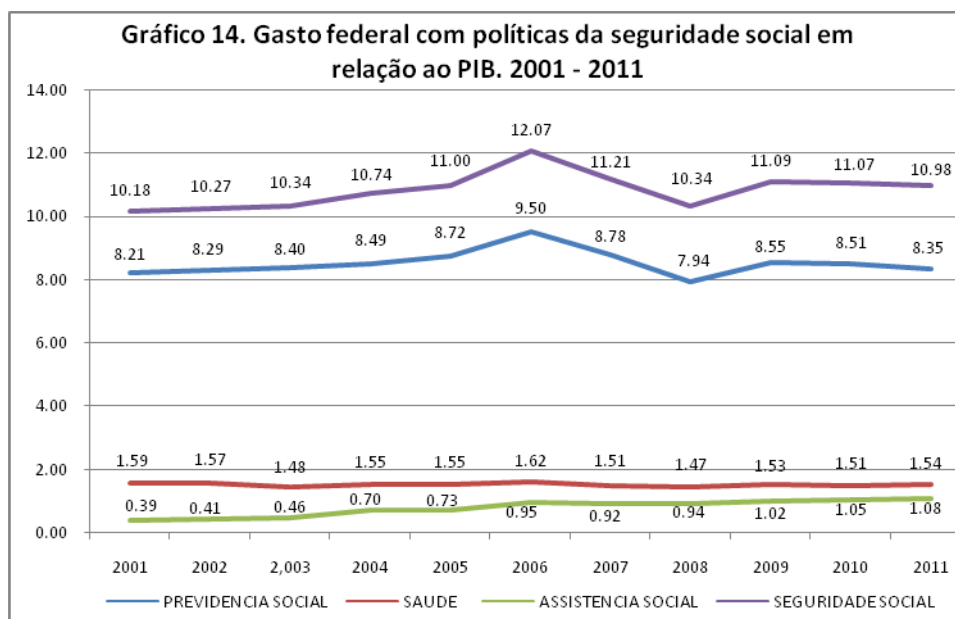
<sup>120</sup> Função é aqui compreendida como a classificação da despesa orçamentária cujo objetivo é registrar a finalidade da realização da despesa. Pode ser traduzida como o maior nível de agregação das diversas áreas de atuação do setor público (SALVADOR, 2010, p. 182).



Fonte: Siga Brasil. Elaboração própria.

O gráfico 13 revela um panorama muito perverso para o gasto social no Brasil. O gasto com a dívida pública (juros e encargos; amortização e refinanciamento) consomem a maior parte do orçamento federal, nos anos estudados, variando de 61,66% em 2003, o maior percentual, a 44,91% em 2010, a menor participação. Apesar de se observar uma redução ao longo do período analisado (maior no período entre 2005 e 2008), nos últimos quatro anos há praticamente uma estabilização desse gasto, constituindo o cenário da financeirização do fundo público, no qual volumes exorbitantes de recursos arrecadados no país são drenados para os agentes financeiros internacionais. Segundo o Relatório do TCU, de 2009, os principais credores dessa dívida são o BM e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), que possuem 94 contratos, representando cerca de 84% do total da dívida pública contratual externa.

Assim, não resta muito para o gasto social e para demais investimentos responsáveis pela execução das duas funções do Estado destacadas por O'CONNOR (1977). Mesmo somando a seguridade social com a educação (em média 26,71%), esse gasto ainda é inferior à metade do gasto com a dívida (em média 53,04%), conforme pode ser visualizado no gráfico 13. A participação do gasto com saúde em relação ao gasto federal total mantém-se praticamente estável ao longo do período, variando em torno de 3,51%, quando a expectativa era que, com a EC 29 aumentaria. Porém, como se observa, a indexação do gasto da União à variação do PIB e não à receita, como os demais entes da federação, representou uma forma de congelar o baixo financiamento do SUS.



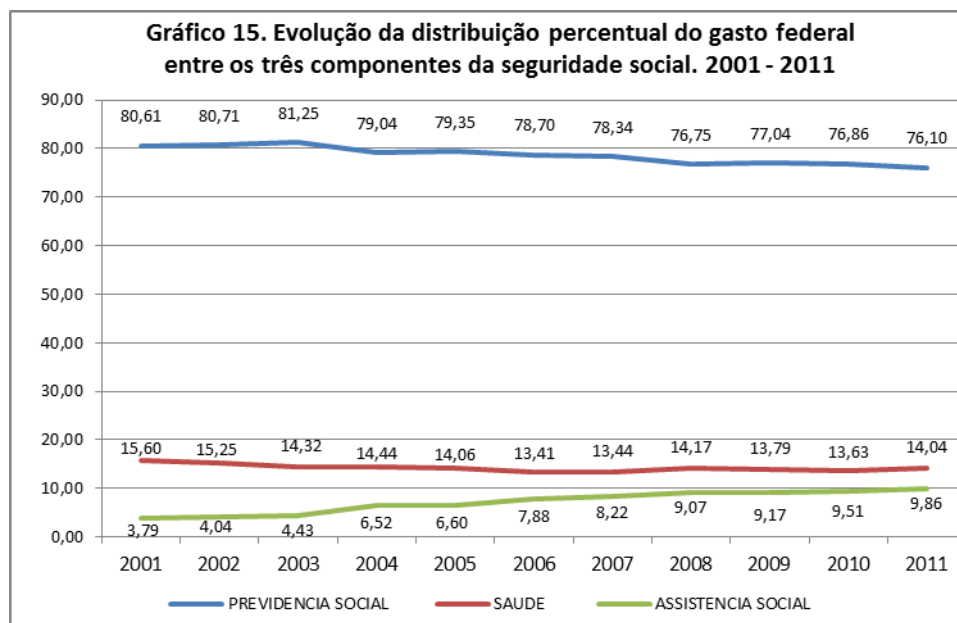
Fonte: Siga Brasil. Elaboração própria.

Ao analisar o gasto em relação ao PIB, conforme apresentado no gráfico 14, verifica-se um comportamento diferente entre os três componentes da seguridade social. A previdência social, com algumas flutuações, mantém uma média de gasto em torno de 8,52%, enquanto a saúde fica, em média, com 1,54%, com o maior valor, em 2006 (1,62%) e o menor, em 2008, (1,47%). As despesas com a assistência social, entretanto, apresentam uma elevação permanente e consistente ao longo de todo o período, passando de 0,39%, em 2001, para 1,08%, em 2011, igualando o gasto com educação (às vezes, superando-o) e se aproximando do gasto com saúde. Esse quadro é expressão da crescente focalização das políticas sociais na pobreza, cujo eixo é o programa de transferência de renda, que concebe o cidadão como consumidor, ao mesmo tempo em que o gasto com as políticas universais sofre constrangimentos, particularmente o da saúde.

**Tabela 13. Evolução do gasto federal em valores reais (em milhões, deflacionados pelo IGP-DI) com as políticas de seguridade social. 2001-2011.**

Funções	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Vari- ção %
<b>Previdência Social</b>	264.299	274.453	281.863	264.900	275.277	312.232	318.550	312.294	322.908	358.383	375.521	42,08
<b>Saúde</b>	51.153	51.870	49.674	48.389	48.771	53.221	54.653	57.671	57.803	63.554	69.260	35,40
<b>Assistência Social</b>	12.428	13.722	15.355	21.860	22.880	31.278	33.403	36.910	38.443	44.331	48.668	291,60

Fonte: Siga Brasil. Elaboração própria.



Fonte: Siga Brasil. Elaboração própria.

Em valores reais (tabela 13), os gastos com as três políticas de seguridade social apresentam elevação, porém, em proporções bastante distintas. Enquanto o gasto com a previdência social foi ampliado em 42,08% no período e a assistência social, em 291,60%, a saúde apresentou um aumento de apenas 35,40%. O ADCT (art. 55) da CF estabeleceu que, até a aprovação da LDO, 30%, no mínimo, dos recursos do OSS deveriam ser destinados à saúde, o que foi descumprido, observando-se uma redução crescente do percentual de gastos com saúde no âmbito da seguridade social. No período analisado, o percentual da saúde foi reduzido de 15,60% para 14,04%, atingindo, portanto, menos da metade do previsto como mínimo no ADCT. Vale ressaltar que também a previdência social perdeu terreno (-5,59%), e apenas a política de assistência social ampliou significativamente a sua participação, passando de 3,79%, em 2001, para 9,86%, um aumento de 160,20%, caracterizando uma verdadeira inversão em termos de prioridades de política social, com a universalidade da saúde perdendo espaço para políticas focalizadas na pobreza, como é o caso do PBF e dos Benefícios de Prestação Continuada, que compõem a política de assistência social.

Os gastos com saúde apresentam a seguinte distribuição, segundo as subfunções orçamentárias, no período analisado:

**Tabela 14. Distribuição percentual do gasto com saúde, segundo subfunções do orçamento. 2001 – 2011.**

Subfunção	2001	2002	2003	2004*	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Variação %
<b>Atenção Básica</b>	16,74	17,41	17,81		19,70	19,77	19,77	21,20	21,20	21,20	21,20	26,64
<b>Assistência Hospitalar e Ambulatorial</b>	62,90	62,14	59,78		57,16	56,64	56,64	57,07	57,07	57,07	57,07	-9,27
<b>Suporte Profilático e Terapêutico</b>	6,27	6,79	8,20		8,27	8,74	8,74	8,83	8,83	8,83	8,83	40,81
<b>Vigilância Sanitária</b>	0,57	0,69	0,57		0,48	0,51	0,51	0,51	0,51	0,51	0,51	-10,78
<b>Vigilância Epidemiológica</b>	3,20	3,41	3,39		4,92	4,81	4,81	3,66	3,66	3,66	3,66	14,39
<b>Alimentação e Nutrição</b>	10,32	9,57	10,24		9,49	9,54	9,54	8,74	8,74	8,74	8,74	-15,37
<b>TOTAL SAÚDE</b>	100,00	100,00	100,00		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00

Fonte: Siga Brasil. Elaboração própria.

\*Os valores correspondentes ao ano de 2004 constantes no Siga Brasil apresentam uma grande discrepância para baixo, sinalizando algum problema no registro do dado, em relação aos demais anos, por isso, optou-se por omiti-los.

Mantém-se o padrão histórico de predominância dos gastos com assistência hospitalar e ambulatorial especializada, o locus prioritário de acumulação de capital na saúde, com uso extensivo de tecnologia de alto custo, garantindo o consumo de equipamentos, materiais e medicamentos produzidos por poderosas indústrias, que compõem o chamado complexo médico-industrial. Além disso, no Brasil, conforme abordado no capítulo anterior, essa assistência se conformou de forma majoritariamente privada, reforçada no período da ditadura militar, com a opção prioritária pela compra de serviços privados por parte da previdência social. Essa configuração sofreu pouca mudança com o advento do SUS, apesar da ampliação de serviços públicos, o que fez com que o sistema público brasileiro, na área hospitalar e especializada, permanecesse refém do *modus operandi* do mercado.

Para reverter essa lógica seriam necessários grandes investimentos públicos para ampliar a rede hospitalar e especializada própria do SUS, de modo a romper a dependência em relação ao setor privado. A análise dos gastos com assistência hospitalar e ambulatorial especializada em valores reais (tabela 16, Anexo 2) revela que sua ampliação (47,55%) foi inferior à própria ampliação dos gastos com saúde (62,63%), acarretando a redução da sua participação de 62,90%, em 2001, para 57,07%, em 2011, uma redução de 9,27%, conforme a a tabela 15. Assim, apesar da predominância desse gasto, é cada vez mais perceptível a deficiência de leitos, decorrente do descredenciamento de leitos privados, em redução desde 1992, e da insuficiente ampliação dos públicos, conforme visto no capítulo anterior. Uma evidência cada vez mais aguda dos problemas nessa área é a dificuldade de



acesso ao tratamento de câncer, uma doença que acomete cada vez mais pessoas no Brasil, em função do envelhecimento da população<sup>121</sup>.

A título de ilustração, foi elaborada a tabela 16 (anexo 2) que contempla os gastos em valores reais com algumas ações selecionadas do programa de atendimento ambulatorial especializado e hospitalar. Esse programa apresenta uma elevação muito pequena (18,71%), no período, e algumas ações apresentam redução como: hospitais federais (-4,74%); Instituto Nacional de Câncer (INCA) (-39,03%); implantação de Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACONs) (-93,81%) e com execução zero em dois anos (2007 e 2009); convênio com a Marinha para assistência hospitalar a populações ribeirinhas da Amazônia (-99,94%); estruturação de unidades especializadas (-81,98%, entre 2004 e 2011). Observou-se, no período entre 2004 e 2011, uma inclusão indevida entre esses gastos, denominada “contribuição à previdência privada”, com execução média da ordem de R\$ 399.382,44.

O programa referente à atenção básica, que constitui o segundo maior volume de gastos com saúde, apresentou, no período, uma significativa ampliação em seus valores reais (105,96%), conforme tabela 15 (Anexo 2), relacionada com a expansão da cobertura da estratégia SF, o que resultou no aumento de sua participação no gasto total, passando de 16,74%, em 2001, para 21,20%, em 2011 (+26,64%), conforme dados da tabela 14. Essa elevação, porém, não foi suficiente, pois pouco mais da metade da população tem acesso a esses serviços, além dos problemas de qualidade e resolutividade do atendimento, relacionados à precariedade das instalações físicas, à deficiente articulação com a rede hospitalar e especializada e à insuficiência numérica e qualitativa de profissionais, conforme discutido no capítulo anterior.

A área que apresentou a maior elevação de gastos no período foi a do suporte profilático e terapêutico, um aumento de 128,99%. Vários fatores explicam esse aumento, porém, o elemento central, é preciso ressaltar, corresponde aos poderosos ganhos da indústria farmacêutica, uma das mais lucrativas do mundo. As compras de medicamentos representam um elevado e crescente gasto do setor saúde, com a produção cada vez mais concentrada em grandes laboratórios internacionais<sup>122</sup>. Apesar das limitações financeiras

---

<sup>121</sup> Esse quadro de dificuldade de acesso ao tratamento de câncer levou o Congresso Nacional a aprovar a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que estabelece o prazo máximo de sessenta dias para que o tratamento seja iniciado. Mais um paliativo que ignora as causas desse e de outros problemas enfrentados pelos usuários do SUS.

<sup>122</sup> A indústria farmacêutica encontra-se entre as mais lucrativas dos Estados Unidos, com uma grande vantagem em relação às outras. Em 2003, segundo Angell (2010), ela figurou em terceiro lugar entre as 47 indústrias relacionadas na Fortune 500. Seu rendimento situava-se, em 2002, na faixa de US\$ 200 bilhões por

impostas ao SUS, ainda é um sistema abrangente em termos de amplitude do elenco de medicamentos oferecidos. O exemplo mais emblemático é o da terapia anti-HIV, disponível a todos os portadores de Aids, além do elenco dos chamados medicamentos excepcionais<sup>123</sup>, que cobrem uma série de doenças, cujo tratamento só é acessível para a maioria das pessoas porque é viabilizado pelo SUS.

Outro elemento que tem contribuído para a elevação do gasto com medicamentos é a chamada “judicialização” da saúde, ou seja, a obtenção do tratamento via ações na justiça. Segundo matéria veiculada pelo jornal Folha de São Paulo<sup>124</sup>, o crescimento desse tipo de despesa pela União foi da ordem de 1.237%, no período entre 2007 e 2011, e no ano de 2012, até o mês de outubro já teria superado em 28% o gasto no ano de 2011, o que corresponde a R\$ 339,7 milhões. Esse processo tem levado a inúmeros debates e iniciativas dos gestores públicos no sentido de conter esse processo, que, segundo eles, levaria a um aumento da desigualdade no acesso, uma vez que são os setores mais favorecidos da sociedade os que teriam mais condições de recorrer a essas ações. Uma das medidas adotadas foi a Lei nº 12.401, de 12 de abril de 2011, que altera a LOS, incluindo uma série de mecanismos com o objetivo de restringir a prescrição de medicamentos não regulamentados e de elevado custo, no lugar daqueles que estariam contemplados nos protocolos clínicos do SUS. Entretanto, essa iniciativa resvala para uma possibilidade de restringir a integralidade da atenção, um dos princípios do SUS, pois, se de um lado, está o interesse da indústria farmacêutica em garantir lucros astronômicos, de outro, encontra-se o direito dos usuários ao acesso à terapêutica necessária para a recuperação de sua saúde.

Entretanto, esse gasto também se mostra insuficiente em relação às necessidades de saúde. Isso pode ser deduzido da elevada participação do desembolso direto das famílias no total dos gastos privados (57%), cujo principal componente é a compra de medicamentos, superando o gasto com planos privados (41,2%) (WHO, 2011). Isso evidencia claramente o problema de acesso aos medicamentos existente no sistema

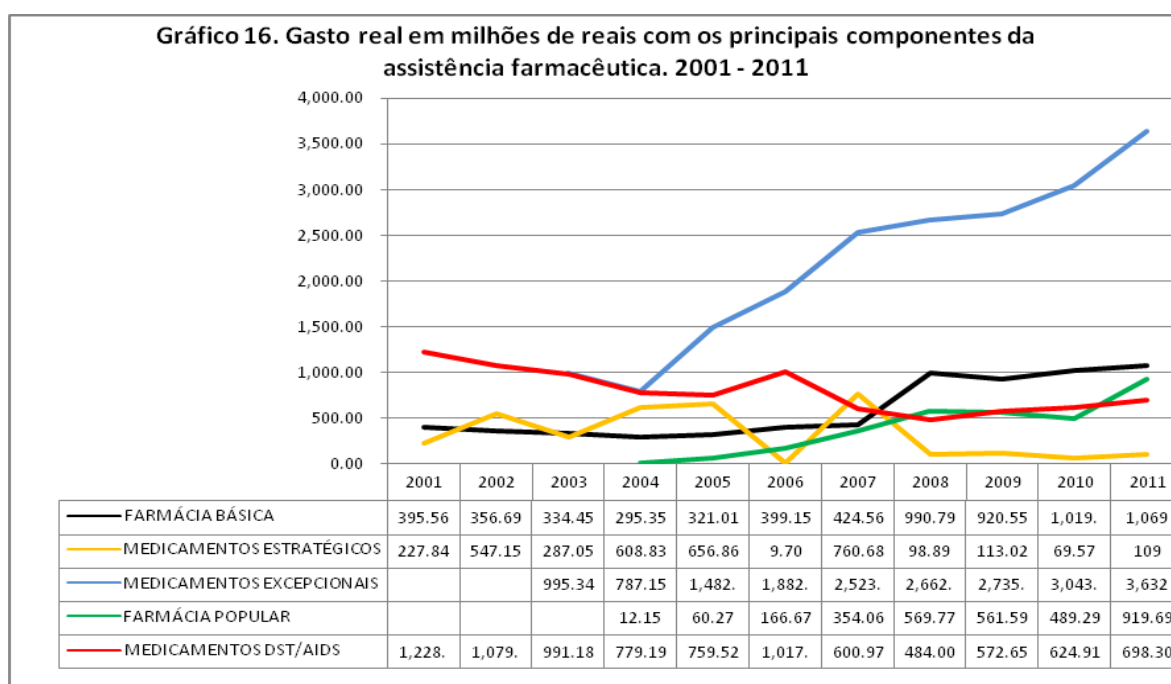
---

ano, o valor aproximado que os americanos gastaram com medicamentos vendidos sob prescrição médica em 2002 (ANGELL, 2010). Se forem acrescentados os lucros obtidos no resto do mundo esses valores devem apresentar significativa elevação. O Brasil é um dos maiores consumidores de fármacos do mundo. Entre 2005 e 2010, o país subiu três posições no ranking internacional do mercado farmacêutico, passando a ocupar a sétima posição, com um mercado avaliado em cerca de R\$ 62 bilhões, segundo pesquisa realizada pelo IMS Health, empresa que audita esse mercado mundial. A estimativa é que, em 2015, o Brasil passe a ocupar sexta posição, com cerca de R\$ 110 bilhões.

<sup>123</sup> O elenco de medicamentos excepcionais inclui doenças como hepatites crônicas, doença e insuficiência renal, doença de Crohn, epilepsia, artrite reumatoide, Doença de Parkinson, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, endometriose, tratamento de pós-transplantados, osteoporose, entre outras.

<sup>124</sup> *SUS tem despesa recorde com ações judiciais*, Folha de S. Paulo, São Paulo, Caderno Cotidiano. Disponível em: < <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1199942-sus-tem-despesa-recorde-com-acoes-judiciais.shtml> >. Acesso em 12 dez. 2012.

público. O governo Lula agravou a distorção ao por em prática, entre suas prioridades para a saúde, o Programa Farmácia Popular, rompendo com uma tradição do SUS de destinar recursos públicos para compra e distribuição direta e gratuita de medicamentos. Além disso, ao desvincular a dispensação de medicamentos do acompanhamento regular por um serviço básico, particularmente de duas das doenças mais prevalentes, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, induz um tipo de abordagem dos problemas reduzido e focalizado no acesso a medicamentos, quando se sabe, e os próprios protocolos do MS orientam, que é fundamental um cuidado abrangente, que procure estimular hábitos saudáveis (atividade física, alimentação adequada, eliminação do tabagismo, etc.) para obter resultados melhores resultados no controle das doenças. A evolução do gasto com essa iniciativa já se equipara aos recursos destinados à assistência farmacêutica na atenção básica, conforme pode ser visto no gráfico a seguir:



Fonte: Siga Brasil. Elaboração própria.

\*O gasto com os medicamentos para tratamento de DST/AIDS só a partir de 2008 foi incluído no programa de assistência farmacêutica.

Como pode ser depreendido do gráfico 16, o principal componente do gasto com assistência farmacêutica, no período, é relativo ao elenco de medicamentos excepcionais, em função do seu custo muito levado. Em segundo lugar, estão os gastos com a assistência farmacêutica básica, com aumento significativo apenas em 2008 e, a partir daí, mantendo-se constante. O gasto com o programa farmácia popular foi o que apresentou maior elevação no período (7.472,57%), conforme dados da tabela 17 (Anexo 2), superando o

gasto com o programa DST/AIDS e ocupando o terceiro lugar no gasto total da assistência farmacêutica. Em função de suas características, venda de medicamentos subsidiados em farmácias privadas, esse programa está sujeito a uma série de fraudes e desvios, que têm sido objeto de investigação por parte do Ministério Público<sup>125</sup>. Outro elemento que chama a atenção é a redução do gasto com medicamentos do programa de DST/AIDS e com programas estratégicos, porém, escapa aos objetivos desta pesquisa buscar explicações para isso; no caso da AIDS, pode-se imaginar uma possível redução de custos com a quebra de patentes de alguns itens.

A evolução do gasto com saúde, considerando o tamanho da população a que se destina, possibilita outro ponto de vista sobre a questão do financiamento do setor.

**Tabela 18. Gasto total e per capita com saúde e com atenção básica. 2001 a 2011.**

Ano	População IBGE	Saúde		Atenção Básica	
		R\$	Per capita	R\$	Per capita
2001	172.385.826	51.152.802.557	296,73	6.663.753.436	38,66
2002	174.632.960	51.869.775.286	297,02	6.972.882.630	39,93
2003	176.871.437	49.673.940.655	280,85	7.006.082.584	39,61
2004	181.581.024	48.389.037.325	266,49	7.010.468.849	38,61
2005	184.184.264	48.770.903.388	264,79	7.339.538.893	39,85
2006	186.770.562	53.221.391.621	284,96	8.209.040.049	43,95
2007	184.014.516	54.653.131.890	297,00	9.599.895.774	52,17
2008	189.612.814	57.671.373.626	304,15	10.391.646.160	54,80
2009	191.506.729	57.803.033.450	301,83	9.737.813.666	50,85
2010	190.732.694	63.553.909.075	333,21	10.879.087.759	57,04
2011	192.379.287	69.260.109.048	360,02	11.817.863.143	61,43
<b>variação %</b>			<b>21,33</b>		<b>58,91</b>

Fonte: Siga Brasil. Elaboração própria.

Gough (1982) ao analisar as razões do aumento do gasto social nos países da Europa na década de setenta, após a retirada do impacto da inflação, destacou os possíveis fatores a ele relacionados: 1) tendência de aumento dos custos relativos dos serviços

<sup>125</sup> Segundo matéria divulgada por diversos jornais de grande circulação, em 2011, entre eles a Folha de S. Paulo e O Estado de São Paulo, as fraudes no programa Farmácia Popular, do Ministério da Saúde, já causaram um rombo de pelo menos R\$ 4,19 milhões aos cofres públicos do país, segundo dados do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus). A irregularidade consiste no uso de CPF e registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) de pacientes e médicos que, supostamente, nunca retiraram ou receberam os medicamentos comercializados pelas farmácias fraudulentas. Em alguns casos, até pessoas mortas são envolvidas. Somente em Franca/SP, quatro farmácias foram descredenciadas no ano de 2011 por fraudes, elas causaram um prejuízo de R\$ 2,42 milhões. No país, de acordo com o Denasus, 393 farmácias foram auditadas de abril de 2009 a dezembro de 2010. Dessas, 259 foram descredenciadas. Os Estados que mais concentram irregularidades são Minas Gerais (235), São Paulo (86) e Paraná (20). Disponível em < [www1.folha.uol.com.br/cotidiano/894304-farmacia-popular-tem-fraudes-de-r-419-mi.shtml](http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/894304-farmacia-popular-tem-fraudes-de-r-419-mi.shtml) >.

sociais; 2) alterações demográficas; 3) ampliação e qualificação dos serviços; e, por último, 4) aumento das necessidades sociais, decorrente do próprio modo de produção capitalista.

O primeiro fator diz respeito a uma característica dos serviços sociais que, por necessitarem de muito trabalho intensivo e disporem de poucos mecanismos para elevar a produtividade como forma de compensar os aumentos de salários, exigem um nível crescente de gasto somente para manter o nível do atendimento. O segundo, as alterações demográficas, inclui o aumento numérico da população, que por si só gera mais necessidades, e, mais importante, o incremento de custos per capita com a mudança na estrutura etária da população. O envelhecimento populacional, que vem ocorrendo na maioria dos países e também no Brasil, aumenta a parcela da população dependente (não produtiva), além de elevar a demanda por serviços sociais, particularmente os da saúde, em função do aumento da incidência das doenças crônicas não-transmissíveis, cujo tratamento é mais oneroso e prolongado (GOUGH, 1982).

Gough (1982) conclui que, no período analisado, esses dois fatores “automáticos” – o aumento relativo dos custos e o aumento real por usuário – representaram 40% e 27%, respectivamente, do crescimento real do gasto no *NHS* inglês, representando, portanto, mais de três quintos do aumento dos gastos com saúde. O quarto fator – aumento e melhoria dos serviços – responderia apenas pelos dois quintos restantes. Porém, o autor ressalta que o último fator, aquele relacionado com a natureza do desenvolvimento capitalista, gerador permanente de novas necessidades, pode acarretar redução do peso do gasto referente à ampliação e melhoria dos serviços, podendo até transformá-lo em inexistente, uma vez que seu crescimento seja inferior ao aumento das necessidades geradas pela exploração capitalista. Gough (1982) menciona a conclusão de Titmuss, “uma das funções mais importantes do Estado de bem-estar” é a “compensação das vítimas pela falta de bem-estar que sofrem, como resultado do ‘progresso econômico’” (GOUGH, 1982, p. 180). O autor reconhece as dificuldades conceituais dessa questão, porém considera que

Se, então, o desenvolvimento capitalista cria constantemente novas necessidades, se pode pensar que um crescimento contínuo no output dos serviços sociais talvez não signifique um crescimento similar na satisfação das necessidades das pessoas. Essa satisfação pode inclusive decrescer. Em outras palavras, os serviços sociais podem seguir funcionando com o fim unicamente de permanecer como estão (GOUGH, 1982, p. 181).

Segundo essa perspectiva, é que devem ser analisados os gastos *per capita* apresentados na tabela 20. O gasto *per capita* com saúde, no período compreendido entre

2001 e 2009, permaneceu em torno no patamar médio de R\$ 288,20 e em 2004, 2005 e 2006 esses valores foram decrescentes. Apenas em 2010 e 2011 observou-se um aumento, o que elevou o valor médio para R\$ 298,82. Mais adiante, verificaremos que, em comparação com vários países, esses valores são muito baixos. Corrigido o gasto em relação ao aumento numérico da população (já retirado o efeito da inflação), constatou-se uma variação no período da ordem de apenas 21,33%. Para verificar se de fato houve elevação do gasto decorrente de ampliação e melhoria de serviços, seria necessário considerar os fatores relativos ao aumento das necessidades sociais decorrentes tanto do envelhecimento populacional, quanto das características de “mal-estar” do desenvolvimento capitalista, questão de difícil mensuração, mas que deve ser levada em conta, pelo menos no plano teórico. Considerando que o Estado brasileiro nunca se constituiu, de fato, como um estado de bem-estar aos moldes europeus, ou seja, que a oferta de serviços sempre esteve aquém da satisfação das necessidades sociais, é possível concluir que boa parte dessa elevação do gasto com saúde signifique apenas uma minimização dessa crônica e antiga dívida social, mantendo ou mesmo ampliando a parcela da população sem acesso a esses serviços essenciais.

O gasto *per capita* com atenção básica também apresenta um comportamento bifásico: até 2005, a média oscilou em torno de R\$ 39,33, com elevação apenas a partir de 2006, mantendo a partir daí um valor médio de R\$ 53,37, com uma variação de 58,91% no período, bem superior ao da saúde como um todo. Mais adiante verificaremos como se compõe esse gasto. Entretanto, é preciso cuidado com uma conclusão apressada de que o gasto com atenção básica estaria substituindo o gasto com os serviços especializados e hospitalares. Na realidade, esse gasto também é insuficiente, apesar da sua elevação aparentemente bastante significativa. Considerando-se as necessidades relacionadas à universalidade e integralidade da atenção, eles se situam num patamar ainda bastante baixo, o que faz com que a APS, apesar dos avanços alcançados, particularmente na ampliação da cobertura, ainda não tenha se constituído na principal porta de entrada do sistema, conforme verificado no capítulo anterior.

Ao que parece, em torno da elevação do gasto com atenção básica há motivações diversas. De um lado, aqueles que batalham pela efetiva implantação do SUS, compreendem que sem uma atenção básica forte e resolutiva não será possível viabilizar essa tarefa; assim, é preciso ampliar os recursos para a sua efetivação. De outro, há os que consideram inviável um sistema universal (a prioridade é o ajuste fiscal) e defendem a focalização da atenção em algumas necessidades dos mais pobres, sendo a APS o caminho

ideal para essa estratégia. A política de priorização do pagamento dos juros da dívida, implementada pelos governos FHC e Lula, em detrimento da universalização das políticas sociais, foram determinantes para o predomínio dessa última concepção, resultando numa APS com maior cobertura (mas ainda só da metade da população), mas, empobrecida na sua capacidade de resolver os problemas e melhorar a saúde, apesar de ter contribuído para a evolução positiva de alguns indicadores, como a redução da mortalidade infantil.

As ações que integraram o programa orçamentário Saúde da Família/Atenção Básica no período 2001 a 2011 estão discriminadas na tabela 19, no Anexo 2. As únicas ações presentes em todos os anos são as referentes ao PAB fixo e ao PAB variável Saúde da Família, que juntas representam cerca de 99% do total de gastos com APS. Esse programa apresenta uma grande variação de ações, pois envolve três Planos Plurianuais (PPA) (2000 - 2003; 2004 - 2007; e 2008 - 2011). No PPA 2000-2003, além das duas ações principais, destacam-se: capacitação de recursos humanos para AB/SF, implementação de ações de SF e realização de estudos e pesquisas na área.

O PPA 2004-2007, que corresponde ao primeiro mandato do governo Lula e ao primeiro ano do segundo mandato, contempla recursos do Proesf, contrapartida ao empréstimo do BM, destinado aos municípios com mais de cem mil habitantes para a expansão e consolidação da SF e aos estados para o fortalecimento de seu papel de monitoramento e avaliação da AB. Além disso, nesse período, foram incluídos gastos com a estruturação da rede de serviços da AB e com o apoio à gestão descentralizada. Os gastos com o desenvolvimento de recursos humanos foram deslocados para outro programa específico, na medida em que foi criada, em 2003, no âmbito do MS, a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES). Apesar dessas mudanças, esse período foi o que registrou menor volume de recursos para a AB/SF.

No PPA 2008-2011, ocorrem novas mudanças na composição de ações no programa orçamentário atenção básica. O auxílio reabilitação psicossocial – destinado aos egressos de longa internação psiquiátrica (programa “de volta pra casa”) –, os serviços de atenção à saúde da população do sistema penitenciário e as ações de alimentação e nutrição passam a compor o gasto com AB, antes incluídos no programa orçamentário “atenção à saúde de populações estratégicas e em situações especiais de agravos”, os dois primeiros, e o último, no programa “alimentação saudável”. Entretanto, a participação dessas três ações juntas atinge, em média, apenas 0,45% do total do programa atenção básica, não alterando de forma significativa o volume de recursos.

A evolução das duas principais ações orçamentárias do programa atenção básica pode ser vista na tabela a seguir.

**Tabela 20. Gasto federal em valores reais (milhões, deflacionados pelo IGP-DI) com atenção básica e seus componentes PAB fixo e PAB variável Saúde da Família. 2001 a 2011.**

<b>R\$</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>variação %</b>
<b>PAB Fixo</b>	4.373	4.077	4.494	3.354	3.426	3.514	3.896	4.211	3.841	4.065	4.319	-1,23
<b>PAB Variável</b>	2.277	2.887	3.170	3.449	3.423	4.551	5.589	6.057	5.816	6.679	7.278	219,69
<b>Atenção Básica</b>	6.664	6.973	7.006	7.010	7.340	8.209	9.600	10.392	9.738	10.879	11.818	77,35
<b>%</b>												
<b>PAB Fixo</b>	65,63	58,47	64,15	47,84	46,68	42,81	40,58	40,52	39,44	37,37	36,55	- 44,31
<b>PAB Variável</b>	34,17	41,41	45,25	49,20	46,64	55,43	58,22	58,29	59,72	61,39	61,59	80,26

Fonte: Siga Brasil. Elaboração própria.

O que se observa é uma inversão nos componentes do financiamento da atenção básica no período. No ano de 2001, há um predomínio do PAB fixo (65,63%), e uma baixa participação do PAB variável/SF (34,17%), pois essa estratégia estava implantada em 3.682 municípios, cobrindo 25,43% da população, no final de 2001, conforme dados do Departamento de Atenção Básica/MS na internet<sup>126</sup>. No ano de 2011, os valores repassados pelo MS por meio do PAB variável/SF responderam por 61,59% do total de recursos gastos do programa orçamentário atenção básica, enquanto o PAB fixo, apenas 36,55%. Essa inversão se explica, de um lado, pela perda de valor do PAB fixo, pois os reajustes que ocorreram não conseguiram recuperar a perda inflacionária, levando a uma redução da ordem de -1,23%, no período analisado. Por outro lado, o aumento dos repasses com o PAB variável/SF, se deve mais a um aumento progressivo do número de municípios que aderiram à estratégia, com consequente aumento do número de equipes implantadas, do que a reajustes significativos nos seus valores. No final do período, a SF estava implantada em 5.285 municípios, cobrindo 53,41% da população.

<sup>126</sup> Cobertura de SF – Disponível < [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php) >. Acesso em: 15 dez 2012.



**Tabela 21. PAB fixo e PAB variável Saúde da Família em valores reais per capita. 2001 – 2011.**

<b>Ano</b>	<b>População IBGE</b>	<b>PAB fixo per capita</b>	<b>População coberta SF (julho)</b>	<b>PAB variável SF per capita (pop coberta)</b>
<b>2001</b>	172.385.826	25,37	36.764.254	61,93
<b>2002</b>	174.632.960	23,35	52.383.138	55,12
<b>2003</b>	176.871.437	25,41	59.717.825	53,09
<b>2004</b>	181.581.024	18,47	67.789.015	50,88
<b>2005</b>	184.184.264	18,60	74.523.803	45,94
<b>2006</b>	186.770.562	18,81	83.780.007	54,32
<b>2007</b>	184.014.516	21,17	87.916.762	63,57
<b>2008</b>	189.612.814	22,21	91.456.010	66,23
<b>2009</b>	191.506.729	20,06	94.599.391	61,48
<b>2010</b>	190.732.694	21,31	98.284.031	67,95
<b>2011</b>	192.379.287	22,45	100.960.128	72,09
<b>Variação %</b>		- 11,50		16,41

Fonte: Siga Brasil. Elaboração própria.

Os dados da tabela 21 confirmam essa análise. Enquanto o valor *per capita* do PAB fixo evoluiu de R\$ 25,37, em 2001, para R\$ 22,45, em 2011, uma redução de 11,50%, o PAB variável relativo à população coberta pela SF passou de R\$ 61,93 para R\$ 72,09 *per capita*, uma elevação de apenas 16,41% num período de onze anos. A insuficiência no financiamento, inclusive da estratégia SF, é tema sempre abordado por parte dos gestores municipais, como assinalado no capítulo anterior. Há outra questão a ser ressaltada em relação à tabela 20: há dois mundos no financiamento da atenção básica à saúde: um que dispõe apenas dos recursos referentes ao PAB fixo e outro, que, além desses, conta com os incentivos financeiros da SF. Esse último correspondia, em dezembro de 2011, a 53,41% da população (era 17,65% em janeiro de 2001). Essa diferença é resultado da política adotada pelo MS de indução da adesão à estratégia SF via transferência de recursos adicionais. A utilização desses recursos pelo nível local, em função de sua insuficiência e das desigualdades nos níveis de saúde da população, geralmente prioriza as populações com mais necessidades de saúde, o que termina por se confundir com uma política de focalização da estratégia SF. As desigualdades<sup>127</sup> no financiamento da APS seriam menores, caso o governo federal tivesse adotado uma

<sup>127</sup> Uma iniciativa positiva no sentido de reduzir desigualdades foi adotada em 2004, por meio da Portaria nº 1.434/GM, de 14 de julho de 2004, que aumentou em 50% os valores do PAB variável referentes a ACS, equipes de SF e SB, localizadas em municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano, ou que atendessem a populações assentadas ou remanescentes de quilombos, além de reduzir o número de pessoas a serem cobertas por ACS na área rural da Amazônia Legal.

política de valorização do PAB fixo, o que não foi observado, até porque, nem mesmo a política prioritária, a estratégia SF, recebeu os recursos necessários.

As transferências federais para os estados estão distribuídas na tabela 22 (anexo 2) segundo Unidade da Federação por habitante. A tabela 23, a seguir, apresenta as médias dessas transferências por região do país.

<b>Região</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>Variação %</b>
<b>Norte</b>	64,56	58,28	73,60	84,75	87,91	98,61	120,51	131,48	136,28	112,21	73,81
<b>Nordeste</b>	50,48	49,96	55,32	60,50	59,97	64,47	64,66	71,91	84,16	63,24	25,28
<b>Sudeste</b>	43,05	49,20	48,69	79,87	87,74	81,88	93,47	100,17	93,62	88,14	104,75
<b>Sul</b>	68,68	57,91	66,83	65,65	73,37	79,02	93,43	94,75	99,48	85,04	23,81
<b>Centro-Oeste</b>	221,61	112,91	80,86	77,98	79,78	90,38	97,67	108,87	112,10	97,71	-55,91
<b>Centro-Oeste sem DF</b>	56,85	73,58	54,80	53,84	54,18	64,74	67,83	71,87	74,46	56,77	-0,15
<b>TOTAL</b>	58,06	56,14	65,51	71,96	75,20	76,11	84,05	91,06	90,69	81,13	39,74

Fonte: Siga Brasil. Elaboração própria.

\*Não estavam disponíveis no sítio do SIOPS na internet os valores referentes ao ano de 2001.

Observam-se grandes diferenças entre os estados brasileiros nos valores dessas transferências *per capita*, variando, em 2011, de R\$ 18,43 e R\$ 39,15, para Goiás e para o Pará, respectivamente, a R\$ 220,00 e R\$ 194,63, para o Distrito Federal e para o Acre, respectivamente, conforme tabela 22 (Anexo 2). Depois do Distrito Federal, que é de longe o maior beneficiário, os estados da região Norte como conjunto apresentam valores mais altos, à exceção do Pará e de Rondônia. Na região Nordeste, apenas o estado de Pernambuco apresenta valores mais elevados, enquanto na região Sudeste, os estados do Espírito Santo e São Paulo e, na Sul, o de Santa Catarina também foram maiores que a média. As maiores elevações nas transferências federais *per capita* foram observadas para o Rio Grande do Sul (604,04%), Tocantins (380,14%) e Espírito Santo (275,85%), enquanto as maiores reduções ocorreram para os estados de Goiás (-77,82%), Distrito Federal (-69,19%) e Paraíba (-50,47%). Analisando por região, a Sudeste foi a maior beneficiária do aumento das transferências *per capita*, no período, (104,75%), seguida da Norte (73,81%) e, bem abaixo, da Nordeste (25,28%), inferior à própria elevação do valor das transferências *per capita* no período (39,74%). Pior é a situação da região Centro-Oeste, que mesmo quando considerada sem o Distrito Federal, sofreu uma redução, ainda que pequena (-0,15%).

Dessa forma, apesar de ser possível identificar uma iniciativa para reduzir desigualdades na distribuição de recursos, particularmente em relação à região Norte, não se pode dizer o mesmo quando se observa as transferências para as regiões Nordeste e Centro-Oeste e, principalmente, quando se conclui que a maior beneficiária de aumento de transferências foi a região Sudeste, tradicionalmente, a que mais dispõe de serviços, mesmo que também insuficientes. Entretanto, talvez, isso possa ser relativizado ao se observar na tabela anterior, que essa região foi a que recebeu, no ano de 2002, o menor percentual de valor *per capita* por meio de transferências da União para os seus estados, e o Rio Grande do Sul, o estado cujo valor transferido *per capita*, nesse ano, também foi o menor.

As transferências SUS para os municípios, segundo porte populacional e região, estão apresentadas nas tabelas a seguir.

**Tabela 24. Transferências SUS aos municípios por habitante em valores reais e segundo porte populacional. 2001 – 2011.**

<b>Faixa Populacional</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>variação %</b>
<b>Até 5.000</b>	95,65	113,56	95,33	102,36	108,71	128,14	123,14	137,50	134,03	149,67	163,94	71,40
<b>De 5.001 a 10.000</b>	86,77	93,75	84,69	87,16	95,33	109,48	114,22	125,15	123,08	139,98	153,81	77,26
<b>De 10.001 a 20.000</b>	84,64	89,65	81,61	84,16	91,57	104,72	112,75	124,19	126,78	141,78	153,45	81,29
<b>De 20.001 a 50.000</b>	87,73	93,66	86,92	87,04	88,34	99,02	111,11	125,81	128,70	143,79	155,78	77,56
<b>De 50.001 a 100.000</b>	109,92	109,39	109,48	109,98	111,29	123,07	138,77	155,31	158,70	178,79	182,31	65,87
<b>De 100.001 a 200.000</b>	143,13	142,75	138,34	133,99	120,06	126,05	143,71	159,24	161,99	180,91	196,26	37,12
<b>De 200.001 a 400.000</b>	135,68	131,13	132,52	130,18	127,25	137,37	148,21	168,44	168,40	183,40	196,73	44,99
<b>Acima de 400.001</b>	175,72	170,29	170,84	174,87	155,96	166,88	191,54	198,66	201,45	217,44	230,13	30,96
<b>TOTAL</b>	127,52	127,92	125,22	126,97	121,11	132,47	147,92	160,92	163,13	179,59	191,92	50,50

Fonte: SIOPS. Elaboração própria.

**Tabela 25. Transferências SUS aos municípios por habitante em valores reais e segundo região. 2001 – 2011.**

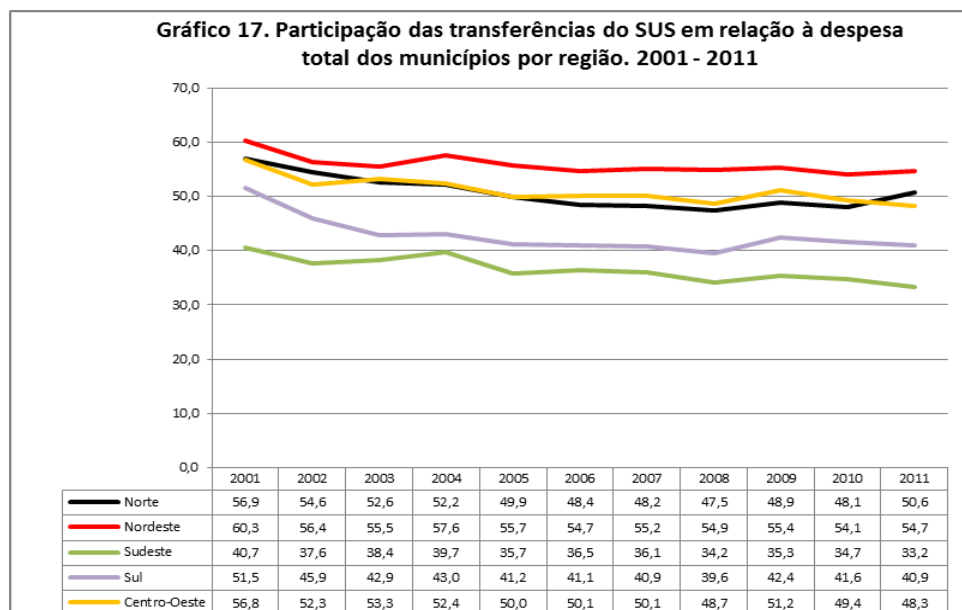
<b>Região</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>variação %</b>
<b>Norte</b>	111,82	116,99	110,63	106,87	103,49	114,69	127,76	139,30	136,34	151,40	166,53	48,93
<b>Nordeste</b>	118,47	123,55	120,89	126,08	129,72	144,44	159,78	179,17	178,22	193,90	212,38	79,27
<b>Sudeste</b>	126,14	125,88	125,22	127,88	114,60	124,51	139,97	149,01	151,13	168,51	175,89	39,44
<b>Sul</b>	144,49	135,54	125,59	122,21	119,59	128,57	142,09	151,56	161,71	174,90	189,14	30,91
<b>Centro-Oeste</b>	159,03	159,40	164,50	162,26	155,73	168,23	190,23	212,07	217,40	240,87	249,21	56,71
<b>Total</b>	127,52	127,92	125,22	126,97	121,11	132,47	147,92	160,92	163,13	179,59	191,92	50,50

Fonte: SIOPS. Elaboração própria.

As transferências efetuadas para os municípios também apresentam desigualdades. Em relação ao porte populacional, no ano de 2001, os menores valores *per capita* foram observados nos pequenos municípios, principalmente naqueles entre cinco mil e cinquenta mil habitantes (entre R\$ 84,64 e R\$ 87,73) e, apesar de eles terem apresentado a maior variação positiva no período, persistem, em 2011, recebendo os menores valores, mas apresentando uma diferença menor em relação àqueles que receberam as maiores transferências *per capita*. Em 2001, as maiores transferências *per capita* encontravam-se nos municípios com mais de 400 mil habitantes (R\$ 175,72) e naqueles entre 100 e 200 mil habitantes (R\$ 143,13) e entre 200 e 400 mil (R\$ 135,68), que, apesar de apresentarem as menores elevações no período, em 2001, receberam as maiores transferências, mas com diferencial menor em relação aos pequenos municípios.

Em relação à distribuição regional, as menores transferências encontravam-se, em 2001, nos municípios da região Norte (R\$ 111,82) e Nordeste (R\$ 118,47). Mas, enquanto a última beneficiou-se da maior elevação do período (79,27%), passando a apresentar o segundo maior valor *per capita*, em 2011, a região Norte apresentou uma elevação de 48,93%, permanecendo com o menor valor, em 2011 (R\$ 166,53). A região com maior transferência *per capita* em todo o período foi a Centro-Oeste, provavelmente pela participação do Distrito Federal, que possui também atribuições municipais. Em segundo lugar, em 2001, encontrava-se a região Sul (R\$ 144,49), que apresentou a menor elevação no período (30,91%), abaixo da variação geral do período (50,50%), deixando-a no terceiro lugar com R\$ 189,14. Assim, as desigualdades regionais foram apenas em parte atenuadas levando em conta as transferências de recursos do SUS para os municípios.

A participação das transferências do SUS nas despesas municipais, segundo região, encontra-se no gráfico a seguir.



Fonte: SIOPS. Elaboração própria.

Nesse caso, os diferenciais são maiores, conforme pode ser observado no gráfico 17. Em todo o período, a participação é maior nos municípios da região Nordeste, com o segundo lugar ocupado ora pela região Norte, ora pela Centro-Oeste. As menores participações em todos os anos são observadas nos municípios das regiões Sudeste e Sul. Coerente com as análises anteriores, observa-se uma redução da participação da União nas despesas dos municípios de todas as regiões do país, porém, mais significativas nas regiões Sul e Sudeste, -20,62% e -18,30%, respectivamente.

Para ampliar a compreensão do financiamento da saúde é necessário também um olhar sobre como isso vem ocorrendo no âmbito dos governos estaduais e municipais, uma vez que é particularmente nesses últimos que a maioria das ações é desenvolvida.

#### **4.7 Gastos estaduais e municipais com saúde**

Devido às características do federalismo brasileiro, estados e municípios possuem razoável autonomia em relação ao governo central, que é, porém, limitada pela baixa capacidade de arrecadação de boa parte dos municípios, os principais responsáveis pela execução das políticas sociais, em especial, a saúde em função da luta em torno da descentralização que marcou o processo de construção do SUS. É, portanto, um federalismo capenga, pois o nível central define a política e os entes descentralizados a executam. Preliminarmente, é importante considerar como se distribui entre os entes da federação os gastos públicos com saúde.

<b>Tabela 26. Gasto público com saúde segundo as três esferas de governo em valores reais (milhões), em percentual e em relação ao PIB. 2002 – 2011.</b>											
<b>R\$</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>Vari- ção %</b>
<b>União</b>	51.153	51.870	49.674	48.389	48.771	53.221	54.653	57.671	57.803	63.554	24,24
<b>Estados</b>	24.104	26.291	27.841	28.895	31.864	35.402	40.186	37.623	42.693	43.560	80,72
<b>Municípios</b>	26.955	27.174	26.380	29.810	32.677	36.031	42.110	40.282	44.990	49.665	84,25
<b>TOTAL</b>	102.212	105.335	103.896	107.094	113.312	124.654	136.949	135.576	145.486	156.779	53,39
<b>%</b>											
<b>União</b>	50,05	49,24	47,81	45,18	43,04	42,70	39,91	42,54	39,73	40,54	-19,00
<b>Estados</b>	23,58	24,96	26,80	26,98	28,12	28,40	29,34	27,75	29,35	27,78	17,82
<b>Municípios</b>	26,37	25,80	25,39	27,84	28,84	28,90	30,75	29,71	30,92	31,68	20,12
<b>TOTAL</b>	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	
<b>Em relaç. PIB</b>											
<b>União</b>	1,57	1,48	1,55	1,55	1,62	1,51	1,47	1,53	1,51	1,54	-1,66
<b>Estados</b>	0,73	0,78	0,89	0,92	0,97	0,98	1,02	1,00	1,01	0,97	33,10
<b>Municípios</b>	0,81	0,81	0,85	0,94	0,99	0,99	1,07	1,07	1,07	1,10	35,70
<b>TOTAL</b>	3,11	3,07	3,29	3,41	3,58	3,48	3,56	3,59	3,59	3,61	16,27

Fonte: Siga Brasil e SIOPS. Elaboração própria.

A tabela 26 permite algumas conclusões: 1) a elevação do gasto com saúde foi quase quatro vezes maior para municípios (84,25%) e estados (80,72%), e muito menor para a União (24,24%); 2) o resultado dessa evolução diferenciada é a redução da participação da União nos gastos públicos com saúde, passando de 50,05% para 40,54% (-19%) e um aumento da participação dos estados (17,82%) e, principalmente, dos municípios (20,12%); observa-se uma redução do gasto da União em relação ao PIB (-1,66%), enquanto os gastos dos estados e dos municípios se elevam, em 33,10% e 35,70%, respectivamente.

Essa constatação reforça o que vem sendo discutido ao longo deste Capítulo: uma progressiva desresponsabilização do governo federal em relação ao financiamento da saúde, sobrecarregando os outros entes, particularmente, os municípios. Essa é a expressão na saúde das determinações políticas do receituário do Consenso de Washington, de controle do gasto social para garantir o pagamento dos juros da dívida, a grande beneficiária do gasto federal, conforme visto anteriormente. A mutação política do principal partido de esquerda, uma vez no governo, foi funcional aos interesses do capital, que provavelmente não esperava contar um aliado tão valoroso e servil.

No Brasil, os governos estaduais apresentam uma história de baixo investimento em saúde. No período que antecedeu à aprovação da CF de 1988, quando se iniciou o processo de descentralização das ações de saúde (AIS e SUDS), os estados

desempenharam um papel intermediário na transferência de recursos da previdência para os municípios. Com isso, muitos reduziram seus gastos em saúde com recursos próprios, sem que tenha havido posteriormente uma recuperação proporcional (CARVALHO, 2010). Com a aprovação do SUS e a ênfase na municipalização, os estados apresentaram um papel apagado na construção do novo sistema, que se refletiu na baixa aplicação de recursos financeiros.

A tabela 27 (Anexo 2) apresenta o percentual de gastos estaduais com recursos próprios aplicados em saúde, no período de 2001 a 2011, e, na tabela 28 (Anexo 2), a distribuição desses percentuais por faixas. A tabela 27 contém o percentual mínimo a ser aplicado no período de transição, entre os gastos anteriores à CF 1988, até atingir os 12%, previstos na EC 29<sup>128</sup>, o percentual declarado pelos estados, e o percentual resultante da análise realizada pelo Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS), estruturado pelo MS, com o objetivo de apurar as receitas totais e os gastos com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) a partir da aprovação da vinculação de recursos.

A equipe do SIOPS realiza a análise apenas dos gastos estaduais, tendo como base, no período considerado, a Resolução nº 322, de 2003, do CNS, que estabeleceu dez diretrizes, entre elas: a base de cálculo para definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde; os percentuais mínimos de vinculação; a regra de evolução progressiva de aplicação dos percentuais mínimos (2000 a 2004); e a definição de ASPS. É compreensível a dificuldade para analisar os dados referentes aos municípios brasileiros em função de seu número elevado (mais de cinco mil). Porém, com relação à União, para a qual o SIOPS apura apenas o volume de gastos com ASPS, o problema se localiza na não regulamentação da EC 29<sup>129</sup>, que estabeleceu a correção pela variação do PIB apenas até 2004, quando deveria ser aprovada uma nova regra, via lei complementar, além da polêmica em torno da base de cálculo para a correção anual.

---

<sup>128</sup> "§ 1º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que apliquem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento." (AC).

<sup>129</sup> Art. 7º O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias passa a vigorar acrescido do seguinte art. 77:

"Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:" (AC)

"I – no caso da União:"

"a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;"

"b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB;"

Conclui-se dos dados da tabela 27 que o SUS perdeu um volume importante de recursos decorrente do não cumprimento do percentual mínimo estabelecido pela EC 29 por um número expressivo de estados. Na região Norte, a exceção, a maioria dos estados cumpriu a proporção de gasto preconizada constitucionalmente, e é onde se localizam os únicos três estados (Acre, Amazonas e Tocantins) que o fizeram nos oito anos analisados pelo SIOPS (2001 a 2008). As limitações financeiras dos municípios dessa região provavelmente explicam a maior participação dos estados no financiamento da saúde, alguns superando 14% de gastos com recursos próprios. Verifica-se, ainda na tabela 27, que dois estados não cumpriram o percentual mínimo em nenhum ano analisado pelo SIOPS e, surpreendentemente, estão localizados na região Sul (Paraná e Rio Grande do Sul), uma região mais rica; quatro estados cumpriram em apenas um ano (Piauí, Espírito Santo, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul); e três estados cumpriram em apenas dois anos (Maranhão, Minas Gerais e Rio de Janeiro). Por último, da tabela 28 depreende-se que a grande maioria dos estados mantém os gastos pouco acima do patamar de 12%, que deveria ser o percentual mínimo, mas se transformou, em muitos casos, no máximo. Apenas nos anos de 2007 e 2008, cinco e seis estados, respectivamente, aplicaram mais de 14% de recursos próprios com saúde.

As tabelas a seguir apresentam os gastos municipais com saúde.

<b>Tabela 29. Percentual de gasto municipal com saúde com recursos próprios, segundo porte populacional. 2001 – 2011.</b>												
<b>Faixa Populacional</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>variação %</b>
<b>Até 5.000</b>	13,94	15,12	17	17,69	18,02	18,94	18,64	18,76	19,18	19,23	18,68	34,00
<b>5.001 a 10.000</b>	14,9	16,89	18,34	18,89	19,28	19,98	19,75	19,99	20,5	20,34	19,73	32,42
<b>10.001 a 20.000</b>	15,14	16,58	18,11	18,44	19,18	20,34	19,82	19,93	20,56	20,74	20,21	33,49
<b>20.001 a 50.000</b>	14,84	16,52	18,38	18,62	19,21	20,49	19,85	20,11	20,81	21,05	20,58	38,68
<b>50.001 a 100.000</b>	14,9	16,51	17,46	17,9	18,68	19,64	19,97	20,13	21,07	20,76	20,43	37,11
<b>100.001 a 200.000</b>	16,5	17,13	18,27	18,8	19,52	20,2	20,25	19,76	20,79	20,48	21,04	27,52
<b>200.001 a 400.000</b>	15,42	16,76	17,67	18,46	19,46	20,56	20,08	19,97	20,86	21,12	21,87	41,83
<b>Acima de 400.001</b>	14,25	16,46	15,65	17,22	18,76	18,82	18,41	19,84	20,46	19,81	20,3	42,46
<b>Total</b>	14,83	16,54	17,13	18	19	19,66	19,34	19,88	20,6	20,37	20,49	38,17

Fonte: SIOPS. Elaboração própria.



**Tabela 30. Percentual de gasto municipal com saúde com recursos próprios segundo região. 2001 – 2011.**

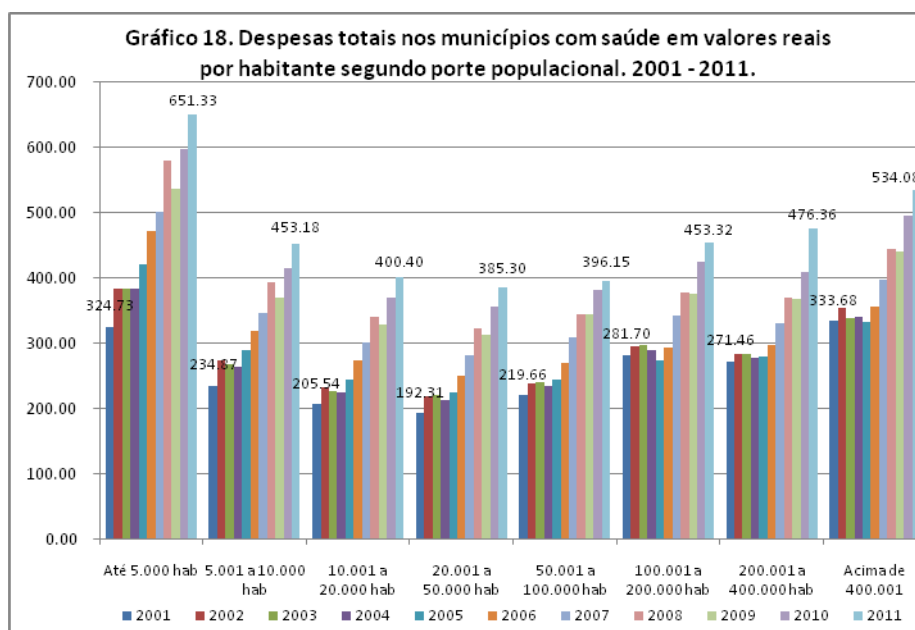
<b>Região</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>variação %</b>
<b>Norte</b>	13,71	14,65	15,7	17,16	17,78	19,22	18,52	18,15	19,28	18,92	18,72	36,54
<b>Nordeste</b>	12,97	14,79	16,12	17,27	18,38	19,34	19,05	19,09	19,63	19,43	19,2	48,03
<b>Sudeste</b>	15,98	17,81	17,93	18,59	19,71	20,11	19,68	20,75	21,43	21,04	21,36	33,67
<b>Sul</b>	13,84	15,5	16,58	17,46	18,03	18,71	19,03	18,86	19,72	19,62	19,87	43,57
<b>Centro-Oeste</b>	13,55	15,2	15,81	17,07	18,46	19,51	18,92	19,17	19,88	20,72	20,32	49,96
<b>Total</b>	14,83	16,54	17,13	18	19	19,66	19,34	19,88	20,6	20,37	20,49	38,17

Fonte: SIOPS. Elaboração própria.

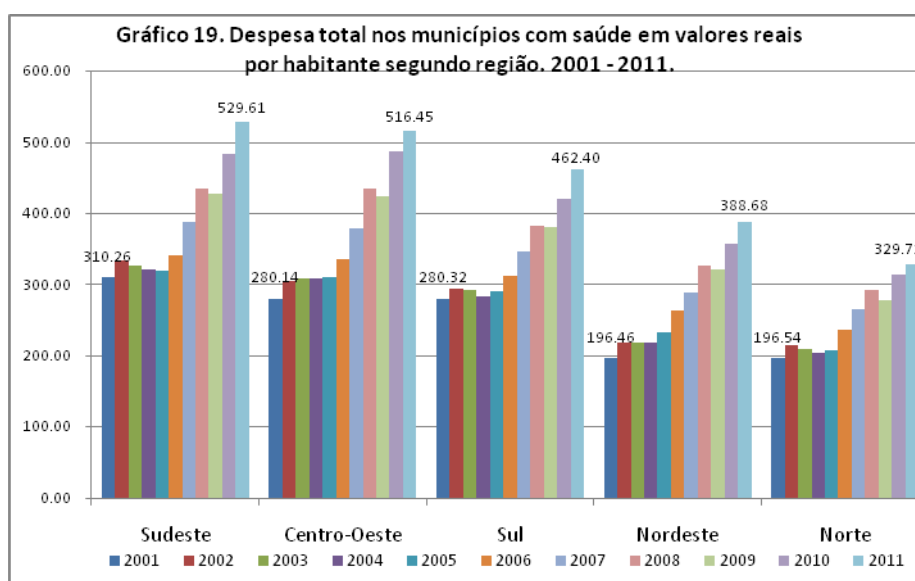
A EC 29 estabeleceu, também para os municípios, um período de transição até 2004, para aqueles que ainda não aplicavam 15% dos recursos próprios com saúde. Observando-se as tabelas 30 e 31, verifica-se que, segundo porte populacional para o ano de 2002, todas as médias dos gastos já se encontravam acima do limite mínimo definido, enquanto que na distribuição segundo regiões, em 2002, apenas as regiões Norte e Nordeste ainda não haviam atingido 15%, mas estavam próximas, com 14,65% e 14,79% em média, respectivamente. O que chama a atenção é que tanto na análise por porte populacional quanto por região, há uma tendência em todos os grupos de ampliação do comprometimento das receitas municipais com ASPS, mais evidente ao se observar que, em 2010, apenas os municípios com menos de 5 mil habitantes e aqueles com mais de 400 mil não atingiam mais de 20%, e em 2011; apenas os com menos de 5 mil e aqueles entre 5 e 10 mil habitantes não ultrapassavam aquele patamar, porém sempre acima de 19%.

A análise segundo porte populacional revela que as diferenças não são grandes, com os mais baixos percentuais, em 2001, encontrando-se nos menores (menos de 5 mil) e nos maiores municípios (mais de 400 mil habitantes), com 13,94% e 14,25%, respectivamente. Esse quadro se modifica apenas em relação aos municípios de grande porte, pois esses apresentaram a maior elevação no período (49,96%), passando para uma média de 20,32% de despesas municipais com ASPS. Já os pequenos municípios mantêm-se com os menores percentuais (18,92%). Segundo regiões, também não se observam grandes disparidades, com as regiões Nordeste e Centro-Oeste apresentando os menores percentuais, 12,97% e 13,55%, respectivamente, em 2001. Em 2011, os mais baixos percentuais encontram-se nas regiões Norte e Nordeste, com 18,72% e 19,2%, respectivamente, com essa última apresentando o segundo maior crescimento do período (48,03%). Os maiores percentuais de despesas com recursos próprios encontra-se, em média, na região Sudeste, em todos os anos analisados, mesmo apresentando o menor

crescimento do período (33,67%), abaixo do aumento médio do percentual geral dos municípios (38,17%).



Fonte: SIOPS. Elaboração própria.



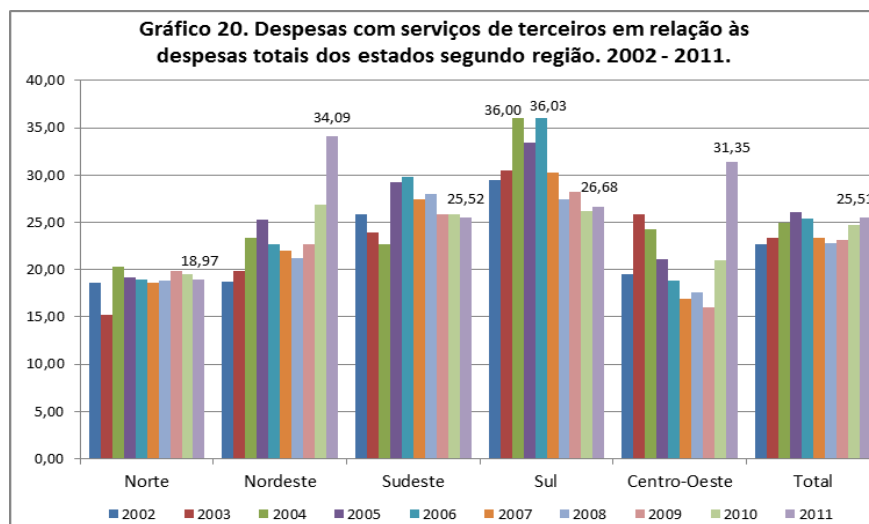
Fonte: SIOPS. Elaboração própria.

Na medida em que o sistema é relativamente regionalizado, com os maiores municípios assumindo o papel de referência para os menores em relação aos serviços especializados, espera-se uma variação da despesa diretamente proporcional ao aumento do porte populacional. Entretanto, analisando o gráfico 18, verifica-se uma variação bastante diferente disso, com os menores valores *per capita* sempre nos municípios que

ocupam a faixa intermediária (entre 20 e 50 mil habitantes), conforme pode ser mais bem visualizado na tabela 31 (Anexo 2). A partir desses valores, há um aumento progressivo tanto no sentido dos municípios menores (menos de 5 mil habitantes), quanto dos maiores (mais de 400 mil habitantes), porém, com os primeiros apresentando sempre valores mais altos que os últimos, a partir de 2002. Essa constatação reforça a ideia de que, no Brasil, os municípios menores dispõem de um financiamento maior para a saúde que os maiores. Essa situação é mais grave se se considera que os municípios maiores possuem serviços que atendem a uma população maior que a sua, por dispor de serviços especializados e assumir o papel de referência para os demais.

Do ponto de vista da distribuição regional (gráfico 19), não há novidade nos dois extremos: a região Sudeste apresenta os maiores valores *per capita* em praticamente todos os anos analisados (à exceção de 2010, quando a Centro-Oeste apresenta o maior valor), enquanto a região Norte, os menores, em todo o período. Porém, em segundo lugar, aparece a região Centro-Oeste, que apresentou o segundo maior crescimento no período (84,35%), atrás apenas da região Nordeste, que elevou seus valores *per capita* em 97,84%. A região Norte apresentou menor elevação de seu gasto municipal por habitante (67,76%), mantendo a desigualdade entre as regiões ao final do período estudado.

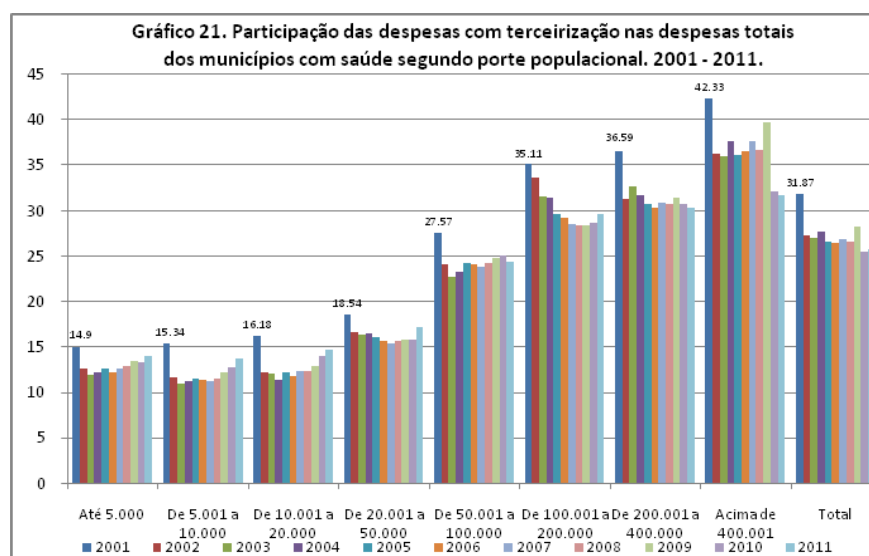
Uma última questão merece uma breve análise em relação aos gastos estaduais e municipais: as despesas com serviços de terceiros – a terceirização. Com o processo de descentralização, parte essencial da implantação do SUS, a execução das ações de saúde cabe a essas esferas de governo, particularmente aos municípios. A tabela 33 (Anexo 2) apresenta o percentual das despesas com serviços de terceiros em relação aos gastos totais dos estados, no período de 2002 a 2011. Os estados com maior proporção desse tipo de gasto, no período, foram Rio de Janeiro, Paraná e Roraima, porém, todos eles apresentaram redução nessa proporção (no Rio de Janeiro muito pequena). Os estados com menores participações de terceirizações nos gastos foram o Mato Grosso e alguns da região Norte (Amapá, Pará, Acre e Amazonas), porém esses dois últimos apresentaram elevação significativa da terceirização. Observa-se que em 15 estados houve aumento da proporção do gasto com terceirização, enquanto nos demais houve redução. Porém, chama a atenção que as elevações são muito maiores proporcionalmente que as diminuições. As maiores elevações ocorreram em estados do Norte e Nordeste (Acre, Piauí, Tocantins, Rio Grande do Norte, Amazonas e Sergipe).



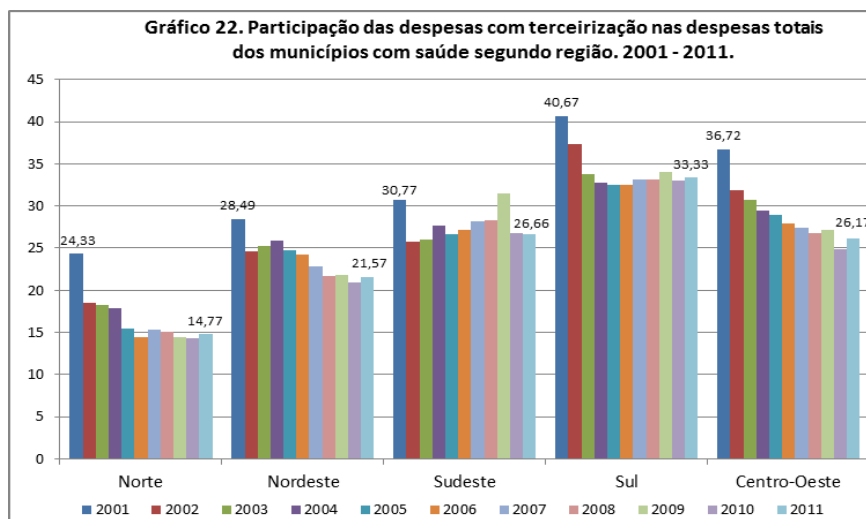
Fonte: SIOPS. Elaboração própria.

Observando-se a distribuição regional da proporção do gasto com serviços de terceiros, verifica-se que a região Sul apresenta, em todo o período, as maiores participações, porém, com uma pequena redução (-9,44) (tabela 33 no Anexo 2), enquanto as regiões Nordeste e Centro-Oeste, significativa elevação (82,11% e 60,50%, respectivamente), concentrada principalmente nos últimos dois anos do período. Do ponto de vista regional, portanto, está ocorrendo uma interiorização da contratação de serviços privados, provavelmente, acompanhando o processo da busca de novos mercados pelas empresas da saúde, também detectado em outros aspectos deste estudo.

Em relação aos municípios, pode-se analisar a participação da terceirização segundo porte populacional e região.



Fonte: SIOPS. Elaboração própria.



Fonte: SIOPS. Elaboração própria.

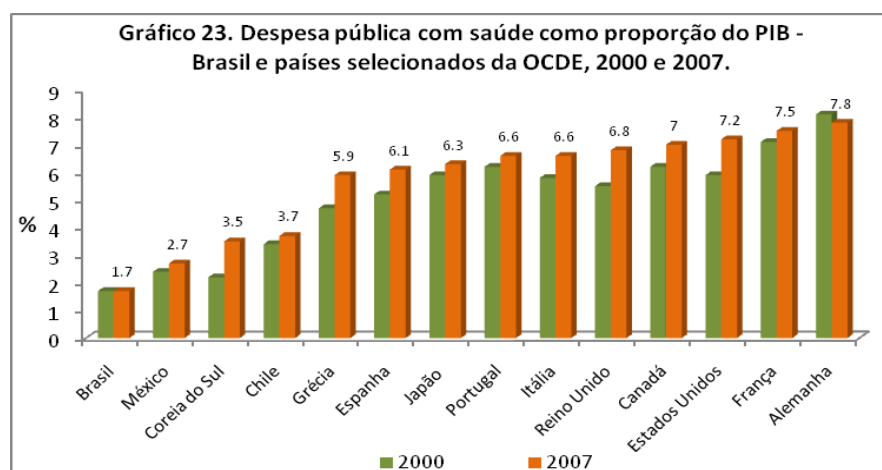
A participação da terceirização nos gastos municipais, segundo os gráficos 21 e 22, apresenta duas características: cresce à medida que aumenta o porte populacional, ou seja, os maiores municípios apresentam proporções maiores de despesas com serviços de terceiros; é maior nas regiões Sul e Sudeste, respectivamente. Isso é explicável, em parte, pelo fato de serem nas maiores cidades e dessas regiões que se encontra uma maior oferta de serviços privados. Observa-se, também, uma redução na média geral dos municípios, no período, de 36,72%, em 2001, para 26,17%, em 2011, que se expressa em todas as regiões e portes populacionais, mas é maior na região Norte e nos municípios com mais de 400 mil habitantes, conforme dados constantes nas tabelas 34 e 36 (Anexo 2). Para compreender as razões desse processo seria necessário aprofundar com novos elementos, o que, apesar de importante, pois se trata de uma forma de privatização da saúde, não é possível no escopo desta pesquisa.

#### **4.8 Gasto com saúde no Brasil – uma comparação reveladora**

A comparação dos gastos com saúde de diferentes países permite uma melhor compreensão de cada situação, tendo como referências as políticas adotadas e o grau alcançado de satisfação das necessidades, mesmo considerando a diversidade de histórias de desenvolvimento, de inserção no capitalismo mundial e de constituição das políticas sociais e da saúde, em particular, decorrente dos diferentes contextos da relação Estado/sociedade. Apesar das dificuldades para realizar essa comparação, no caso da saúde, já há certa tradição em relação a alguns indicadores, o que também é facilitado pela existência de uma instituição internacional que periodicamente realiza análises de distintos

aspectos das políticas de saúde. A maior parte dos dados utilizados foi proveniente da publicação da OMS, intitulada *World Health Statistics (WHS) 2011*, além de alguns obtidos na página da OCDE<sup>130</sup>, na internet.

O gasto público com saúde em relação ao PIB dá uma medida de como os governos têm priorizado esse tipo de despesa.

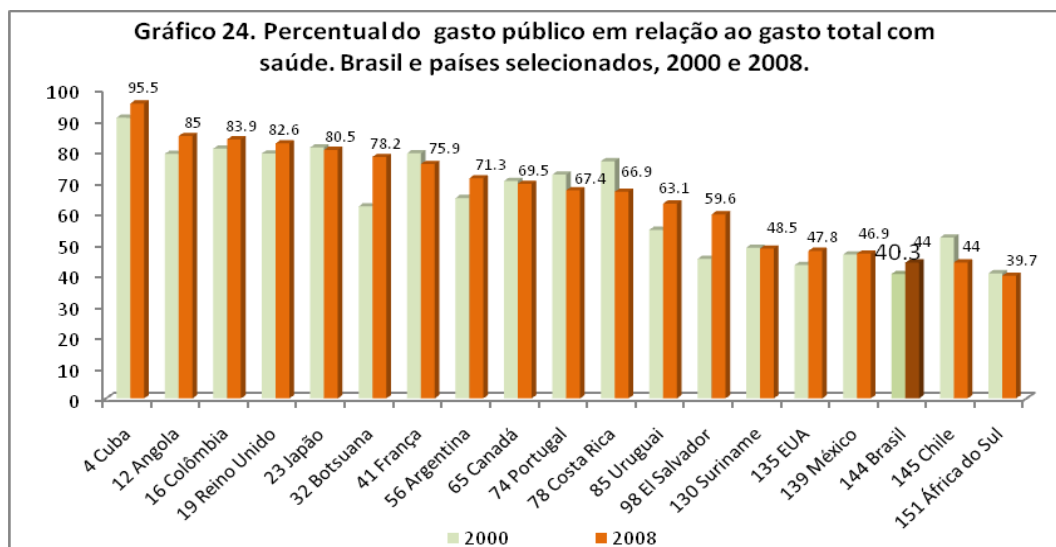


Fonte: Brasil – Mendes & Marques, 2010: Cofin/CNS; OCDE (2010) Elaboração própria

Entre os 33 países componentes da OCDE, foram selecionados os dois que apresentaram menores proporções de gasto público com saúde em relação ao PIB (México e Coreia do Sul) e os dois com maiores proporções (França e Alemanha), e outros cuja comparação é importante em termos de saúde. Dos países selecionados, apenas o Japão, a Coreia do Sul e os EUA não possuem sistema público de saúde abrangente. A comparação entre os anos de 2000 e 2007 revela que todos os países da OCDE, inclusive os da América Latina (México e Chile), apresentaram aumento da proporção do gasto público com saúde em relação ao PIB, à exceção da Alemanha, que, entretanto, apresentou o maior percentual de gasto. O Brasil, apesar de se situar entre as maiores economias do mundo, quando se trata de gasto público com saúde fica abaixo de todos os países da OCDE, inclusive dos dois latino-americanos, não apresentando elevação nesse indicador, no período.

Segue-se a comparação do gasto público em relação ao gasto total com saúde.

<sup>130</sup> Disponível em: < [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/public-health-spending\\_20743904-table4](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/public-health-spending_20743904-table4) >. Acesso em 14 dez 2012.



Fonte: *World Health Statistics* – 2011

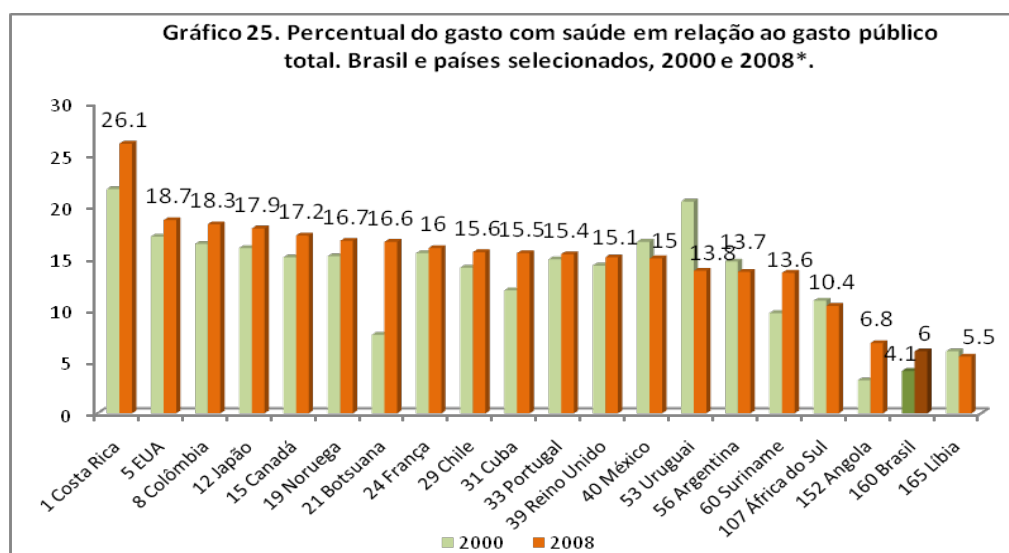
\*A classificação dos países em ordem decrescente do percentual de gasto com saúde foi realizada para o ano de 2008 e está identificada pelo número à esquerda do nome do país

Foram analisados os dados referentes aos anos de 2000 e 2008, para os 192 países incluídos na publicação *WHS* 2011. Todos os países foram classificados por ordem decrescente de participação do gasto público, tendo como base o ano de 2008, e sua posição no ranking foi marcada pelo número à esquerda de sua identificação. A seleção de países contemplou diferentes conformações, centrais e periféricas, nesse último caso, da América Latina e da África. Nesse indicador, o Brasil se situou no 144º lugar, apresentando uma variação de 40,3% para 44% no período, que compreende meados do segundo mandato de FHC (2000) e do segundo mandato de Lula (2008).

O que chama a atenção é que, alguns países da América Latina e da África, com as mesmas (ou maiores) dificuldades que o Brasil, apresentam uma maior proporção de recursos públicos aplicados na saúde em relação aos privados, como é o caso de Angola (85%), Colômbia (83,9%), Botsuana (78,2%), Argentina (71,5%) e Uruguai (63,1%), entre outros. O padrão brasileiro claramente é mais próximo ao do americano, onde predomina o gasto privado, e ao do Chile (o primeiro a adotar o receituário neoliberal de privatização) e do México, que também adotou com rigor o ajuste fiscal. Esse predomínio do gasto privado marca a contradição de um sistema cujo princípio legal é a universalidade, mas cuja realidade é determinada por um gasto público baixo, que estrangula a sua viabilização e contribui para a hegemonia privada. Mais do que um problema de não disponibilidade de recursos, o que está em questão é a direção do gasto público, ou seja, o resultado desfavorável da correlação de forças para o desenvolvimento de políticas sociais pelo Estado, favorecendo o capital. Países que possuem sistemas abrangentes de saúde

apresentam elevadas proporções de gasto público em relação ao privado, como é o caso do Reino Unido (82,6%), da França (75,9%) e de Portugal (67,4%), mesmo após os cortes efetuados em franca era neoliberal, como é o período analisado.

Outra análise comparativa é relativa ao peso do gasto com saúde no conjunto do gasto público.



Fonte: *World Health Statistics* – 2011

\*A classificação dos países em ordem decrescente do percentual de gasto com saúde foi realizada para o ano de 2008 e está identificada pelo número à esquerda do nome do país

Foram utilizados os mesmos procedimentos em relação ao indicador anterior. Selecionados 20 países, em 16 observou-se elevação da proporção do gasto com saúde no total do gasto público, inclusive no Brasil, que passou de 4,1%, em 2000, para 6%, em 2008. Mesmo com essa elevação, o país ocupa uma posição bastante desfavorável (160<sup>a</sup>), à frente apenas de 32 países entre os 192 analisados e atrás até de alguns países africanos. Isso demonstra, mais uma vez, a baixa prioridade dada à saúde no conjunto do gasto público, diferentemente de outros países da América Latina, que, mesmo varridos pelo furacão neoliberal, como o Chile e a Argentina, apresentam gastos bem maiores, em 2008, 15,6% e 13,7%, respectivamente.

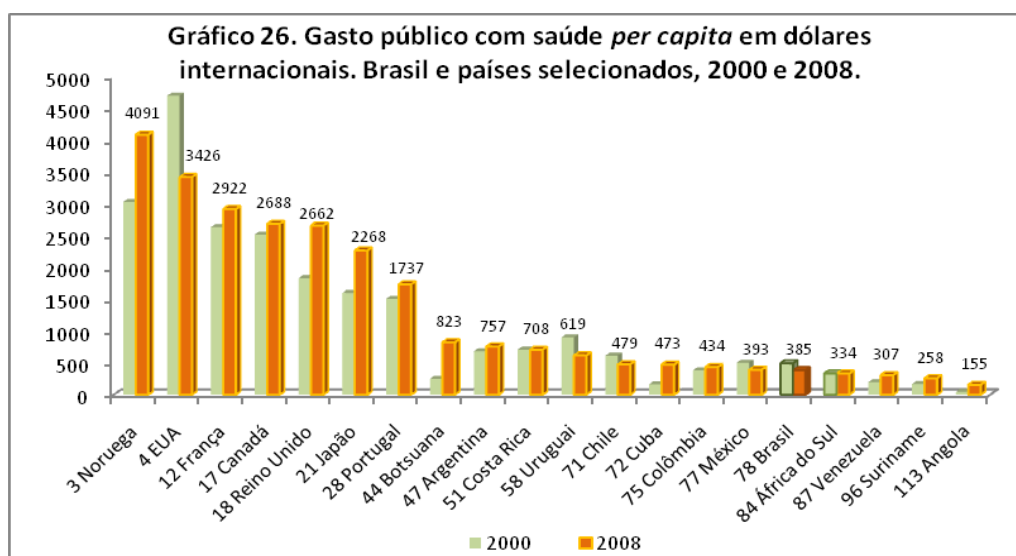
Chama a atenção, ainda, o elevado percentual do gasto público destinado à saúde na Costa Rica (26,1%), o primeiro no ranking geral, e na Colômbia (18,3%), o oitavo. Entretanto, a análise do gasto público isoladamente não revela a natureza do sistema de saúde, ou seja, a direção do gasto: como e em que são aplicados esses recursos. Um exemplo é o caso dos EUA, cujo gasto público é um dos mais elevados do mundo (em 2008, 18,7%, a 5<sup>a</sup> posição), mas, onde predomina o gasto privado – um dos modelos mais



restritivos do ponto de vista do direito à saúde. Nesse país, o sistema público cobre apenas alguns grupos (via *Medicare* e *Medicaid*) e o elevado gasto do Estado é voltado para a compra de serviços privados, uma medicina altamente especializada, centrada em procedimentos complexos e em excessivo consumo de medicamentos, configurando um sistema que atende aos interesses do complexo médico-industrial da saúde e do capital financeiro, com resultados limitados em termos de melhoria de indicadores de saúde da população.

No entanto, não é possível viabilizar um sistema público, universal e integral, destinando apenas 6% do gasto público total para o sistema de saúde. Entre os países selecionados, a França e o Reino Unido, cujos sistemas são mais abrangentes, comprometeram 16% e 15,5%, respectivamente, de seu gasto público com saúde, em 2008, mesmo com modelos diferentes, o primeiro ancorado no princípio do seguro saúde e o segundo, uma das referências de sistema universal, mesmo submetido à privatização a partir do governo Thatcher.

Resta a análise dos gastos públicos em valores *per capita*, padronizados em relação ao dólar internacional.



Fonte: *World Health Statistics* – 2011

\*A classificação dos países foi realizada para o ano de 2008 e está identificada pelo número à esquerda do nome do país

Esse indicador revela quanto é investido proporcionalmente ao tamanho da população, e está limitado, de um lado, pela capacidade de investimento do país, e, de outro, pela maior ou menor importância do setor na política pública. Também nesse quesito verificamos que, dos 20 países selecionados, 13 aumentaram o gasto *per capita* em

dólar internacional. Nesse caso, o Brasil não ocupa uma posição muito desfavorável (78ª posição), porém, o que chama a atenção é que não segue a tendência geral de elevação, apresentando uma redução de \$494, em 2000, para \$385, em 2008.

A comparação com os países selecionados é reveladora da situação brasileira: a Noruega e os EUA gastam mais do que oito vezes o valor do Brasil; a França, oito vezes; o Canadá e o Reino Unido, sete vezes; Botsuana e Argentina, o dobro; Costa Rica e Uruguai, mais do que 50%; Chile, Cuba, Colômbia e México gastam um pouco mais. Desse modo, não se pode alegar que o país gasta pouco porque é pobre, uma vez que países com economias muito menos desenvolvidas que a do Brasil investem mais recursos em saúde, um exemplo gritante disso é Cuba que, sob bloqueio econômico, apresenta um gasto *per capita* superior ao do Brasil.

Se se considerar as conclusões de Gough (1982) ao estudar o aumento dos gastos sociais na maioria dos países da Europa, após a Segunda Guerra Mundial, período do apogeu do Estado de bem-estar, a situação do financiamento da saúde no Brasil é ainda mais crítica. Partindo da constatação de que o desenvolvimento capitalista, por suas características de apropriação privada da produção social, gera continuamente novas necessidades sociais, conclui que:

os custos em crescimento, a estrutura da população em mudança e a emergência de novas necessidades provavelmente justificam todo o aumento dos gastos sociais desde a Segunda Guerra Mundial. Muito pouco, ou quase nada representa uma melhora real na satisfação das necessidades (GOUGH, 1982, p. 183).

Uma possível tradução dessa análise para a situação dos gastos com saúde no Brasil deve considerar o seguinte: os custos crescentes da produção em saúde com a incorporação constante de novas tecnologias; o envelhecimento da população, acarretando uma sobrecarga de demanda de doenças crônicas, somado aos altos índices de acidentes e violências, cujo controle é mais oneroso para o sistema de saúde; e o aumento das necessidades de cuidado em saúde, como decorrência do próprio desenvolvimento capitalista, indicam que, para satisfazer as necessidades de saúde seria necessário um investimento muito superior ao que é hoje realizado no país.

A consequência desse processo de subfinanciamento é um sistema que se mantém segmentado. Antes da nova Carta, o acesso era dependente do vínculo formal com o mercado de trabalho, atualmente, apesar de legalmente o direito ser universal, o acesso é mediado pelo poder de compra, onde os que possuem riqueza ou renda, decorrente de uma

inserção privilegiada no mercado de trabalho, podem consumir planos privados de saúde. Na prática, o sistema público encontra-se cada vez mais focalizado no atendimento aos mais pobres, e o faz de forma crescentemente mais pobre, apesar de inúmeras conquistas, garantidas a partir da resistência dos que lutam pelo direito humano à saúde.

O último capítulo (no tempo em que este trabalho está sendo escrito) da batalha do governo federal para garantir que os gastos com saúde não se elevassem ocorreu em 2012. Desde 2004, quando terminou o prazo de transição para que as três esferas de governo atingissem o estabelecido para os gastos com ASPS, deveria ter sido regulamentada a EC 29. Várias propostas com esse objetivo foram apresentadas no Congresso Nacional, porém, o governo Dilma, apoiado em sólida maioria parlamentar, após anos de ação do governo Lula para inviabilizar a regulamentação, mudou de tática e segundo a velha estratégia de mudar as coisas para que tudo permaneça como está, conseguiu aprovar uma proposta que mantém o patamar atual de gasto com saúde, conforme o seguinte:

Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o **percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB)** ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual (BRASIL, 2012)<sup>131</sup>. (sem grifo no original)

No período anterior, a correção pela variação nominal do PIB já demonstrou ser um indexador que não viabiliza os investimentos que o sistema de saúde precisa. Contrariamente à proposta defendida pelo que restou do movimento sanitário, 10% das receitas correntes brutas, o governo viabilizou a proposta que melhor atendia a seus interesses. A política do terceiro governo do PT e seus aliados pode ser resumida no seguinte: é preciso “fazer mais com menos”, utilizando a expressão de Bresser Pereira no PDRAE e repetida por Dilma, quando da sanção da nova lei. Os gastos com saúde precisam ser controlados, quem pode, deve pagar, pois, em primeiro lugar é preciso honrar os compromissos com os agentes financeiros internacionais. Assim, com o capital financeiro dominando o orçamento público por meio do pagamento da dívida, não é possível vislumbrar bons tempos para o direito à saúde no Brasil.

Entretanto, vale registrar que a história não acabou. Várias entidades, incluindo o Conselho Nacional de Saúde e o CEBES, iniciaram uma campanha de coleta de assinaturas

---

<sup>131</sup> Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

para apresentação, ao Congresso Nacional, de um Projeto de Iniciativa Popular para garantir 10% das receitas correntes brutas da União para a saúde.

## Capítulo V

### Os médicos e um sistema universal de saúde orientado para a atenção primária à saúde

Neste capítulo será abordado especificamente o componente assistência médica das políticas de saúde, particularmente, a conformação e o papel desempenhado por uma parte de seus executores, os médicos. A escolha do médico se deve ao lugar estratégico que historicamente esse profissional ocupou na execução dessas ações e na definição das políticas de saúde. De forma alguma significa a não valorização do trabalho em equipe multiprofissional, elemento chave da produção em saúde, para o qual, ainda será preciso ganhar boa parte dos médicos.

A análise desse aspecto se insere no conjunto dos determinantes das dificuldades para tornar a APS eixo estruturante do SUS. Para isso, considerou-se importante uma breve recuperação histórica, que possibilite apreender as origens das características da prática médica nos dias atuais, tarefa em parte já desenvolvida nos capítulos anteriores. A medicina como toda prática social está sujeita a determinações políticas, econômicas e sociais, relativas ao contexto histórico em que se desenvolve. A prestação da assistência médica, conforme discutido no Capítulo I, em sociedades divididas em classes, organiza-se de forma segmentada, de acordo com a inserção social de seus beneficiários; e os médicos, como parte essencial desse processo, não assumiram um papel neutro em relação a essa organização. Daí a importância de analisar a participação desse grupo profissional no desenvolvimento e na conformação das políticas de saúde, sem a pretensão de esgotar o tema.

Desde o mundo antigo, a assistência médica se organizava de diversas formas, segundo a clientela a ser atendida. Os médicos exerciam a profissão sem um processo formal de educação e de licenciamento. Era o resultado prático de seu trabalho que os credenciava, garantindo o suficiente para manter a vida. Na Idade Média, a medicina se associou à caridade. A Igreja formava e garantia a subsistência da maioria dos médicos. A partir do século XI, leigos passaram a exercer a profissão e se tornaram assalariados de cidades ou de senhores ou praticavam a medicina privada. As funções e pagamentos eram bem definidos, os médicos municipais atendiam os pobres, investigavam doenças, orientavam em situações epidêmicas e supervisionavam as boticas<sup>132</sup>. A maioria dos médicos assalariados exercia a prática privada, porém, diferentemente dos

---

<sup>132</sup> Boticas – locais de preparação de substâncias medicinais.

contemporâneos, obedeciam a códigos rígidos e recebiam honorários tabelados pelas guildas. Mais tarde, com a penetração das relações capitalistas na prestação da assistência médica esse padrão seria modificado, com o surgimento da modalidade liberal de exercício da medicina (ROSEN, 1994).

Na Idade Média, desenvolveu-se uma separação rígida na organização técnica e social do trabalho médico entre os físicos (que mais tarde seriam os clínicos) e os cirurgiões. O trabalho dos físicos<sup>133</sup> – a medicina interna – se ocupava das enfermidades ocultas, seu saber era visto como místico, por isso, eram considerados doutos e prestigiados. O trabalho dos cirurgiões – a medicina do corpo – tinha como objeto as enfermidades da superfície do corpo, visíveis, e que, por isso, não exigiam grandes elaborações, seus executores eram uma espécie de artesãos. O primeiro era valorizado socialmente, pois se coadunava com a ideologia dominante, a religião. A transmissão do saber também era diferenciada. Os cirurgiões se qualificavam nas corporações de ofício, no exercício profissional, já os físicos, nas universidades, como beneficiários do saber amplo e universal, refletindo a própria superioridade da atividade intelectual, que garantia a eles o privilégio de regulamentar sua prática e a dos cirurgiões, mantendo a superioridade hierárquica (NOGUEIRA, 2007).

Havia um terceiro grupo, uma “classe de empiristas itinerantes”, os “oculistas, litotomistas e operadores de hérnias”, que realizavam operações de catarata, redução de hérnias e retirada de pedras da bexiga (ROSEN, 1994, p. 67), não tratadas pelos outros dois. Eles ocupavam a última posição na hierarquia da prática médica, portanto, com baixa valorização social, porém, seus serviços eram necessários. A convivência entre esses três modos de prestar assistência, apenas um com o status de médico, persistiu até o século XVIII, quando o modo de produção capitalista provocou uma verdadeira revolução social.

No contexto do desenvolvimento das relações de produção capitalista, visando por fim à considerada perigosa atividade dos práticos e charlatães surge, na França, no final do século XVIII, a nova clínica, processo central na reestruturação institucional da medicina, como resultado da Revolução Francesa, que questionou o hospital como local de segregação de pobres e as faculdades como espaço fechado de conhecimento aristocrático.

---

<sup>133</sup> A palavra *físico* era usada na Idade Média para designar o médico internista, que usava drogas diversas para o tratamento das doenças internas do corpo. Para Galeno, esse médico “deveria, antes de tudo, ser um filósofo, para compreender a natureza humana em sua pertinência à totalidade da natureza, a *physis*” (NOGUEIRA, 2007, p. 19). A palavra *fisicien*, em francês, difundiu-se para várias línguas europeias, permanecendo no inglês (*physician*) o seu significado original (médico).

O hospital é reestruturado para ser o espaço da prática médica e da educação médica, onde a série de doentes examinados é a escola em si mesma.

As sociedades médicas, que haviam desaparecido com a Revolução Francesa, ressurgem como porta-vozes da reconstituição da profissão médica, que seria definida pelas competências e protegida por lei, e se apresentam como órgãos de informação liberais e “neutros”, com apoio da burguesia esclarecida e dos ideólogos do governo. O controle do exercício da profissão seria realizado pelos próprios médicos por meio das escolas médicas, o que propiciou que se constituíssem como um corpo, capaz de definir os critérios de sua competência. O que estava em questão na reforma era além do número e do programa das escolas, o próprio “sentido da profissão médica e o caráter privilegiado da experiência que a define” (FOUCAULT, 1994, p. 88). Assim, com o surgimento do capitalismo, a profissão ganha importância, decorrente diretamente da necessidade de manutenção da força de trabalho, a produtora da riqueza, o que exige algum tipo de controle sobre o exercício da medicina, que foi feito por meio da formação, que definiria quem poderia exercer a profissão. Evitou-se controlar os atos médicos diretamente, pois isso feriria os princípios do liberalismo econômico. Foi aprovada uma lei<sup>134</sup> conferindo à medicina o estatuto de profissão liberal e protegida, condição que sobrevive, mesmo de forma atípica, como ideologia central da profissão, apesar do processo de assalariamento que se iniciou no século XX.

A referida lei estabeleceu uma nova hierarquia no corpo médico: os doutores em medicina e cirurgia e, abaixo deles, os oficiais de saúde. Com a medicalização do hospital, físico e cirurgião se aproximaram levando à unificação da medicina. Os oficiais de saúde realizariam os cuidados mais comuns, sua formação era de três anos mais seis de prática em hospitais ou como ajudantes de um médico. Assim, foram contemplados os princípios do liberalismo econômico, ajustados à divisão social existente. Abriu-se a prática aos oficiais de saúde, mas a clínica ficou reservada aos médicos. A velha hierarquia entre médicos e cirurgiões foi substituída por outra, entre médicos e oficiais de saúde. A diferença no domínio da atividade foi trocada por uma de qualidade, reflexo da natureza de classes da sociedade, pois os práticos tratariam das classes populares, enquanto os médicos das abastadas. A divisão baseava-se no argumento de que os problemas do povo não exigiam profundos conhecimentos, a experiência prática dos oficiais de saúde era

---

<sup>134</sup> Foucault (1994, p. 90) identifica assim essa lei: “Lei de 19 de ventoso, ano XI, sobre o exercício da medicina”.

suficiente. O exercício da medicina fora dessas duas condições passa a ser crime passível de multa ou prisão (FOUCAULT, 1994).

Com essa medida, a medicina assume um duplo caráter: uma profissão “liberal”, porém, fechada. O ato médico não é fiscalizado, seu valor depende da qualidade socialmente reconhecida do produtor. Porém, os tempos eram de emergência do novo modo de produção e, com ele, novas formas de miséria se multiplicavam. Cresce o temor de movimentos populares e busca-se uma forma de garantir “proteção da pobreza pela riqueza” e uma “proteção dos ricos contra os pobres” (FOUCAULT, 1994, p. 93). No século XIX, o Estado passa a assumir funções para além da defesa e da justiça, a partir das pressões sociais realizadas pelos trabalhadores. Surge a medicina social: a medicina urbana, na França; a medicina de Estado, na Alemanha; e, um pouco mais tarde, a medicina da força de trabalho, na Inglaterra, como designadas por Foucault (1995) e analisadas no Capítulo I. Os médicos ganham um novo reconhecimento social ocupando funções importantes no Estado.

A clínica se constituiu a partir da integração de dois domínios: o hospitalar e o pedagógico. Constituiu-se um sujeito coletivo na experiência médica, integrado ao espaço hospitalar, que tem caráter de coleção, um número significativo de doentes. A medicina dos sintomas dá lugar à medicina dos órgãos, do foco e das causas, com uma clínica reorientada pela anatomia patológica. Essa etapa, em que o corpo inerte se junta a um conjunto técnico e conceitual e passa a integrar com a clínica o conhecimento médico, marca o grande corte na história da medicina ocidental, a chamada *medicina científica*, quando a experiência clínica tornou-se o olhar anátomo-clínico. Foi do conhecimento dos mortos que ajudou a esclarecer os fenômenos da vida.

A transformação do hospital em espaço terapêutico envolveu uma alteração de poder em seu interior. Os médicos passaram a deter o controle econômico e de organização do hospital. Surgiu uma série de regulamentos organizando a atividade médica (FOUCAULT, 1995). Essa mudança tem reflexos até os dias atuais, pois em função do conhecimento técnico, os médicos detêm o poder de organizar sua prática e todo o funcionamento dos hospitais, públicos ou privados. Nos últimos anos, com a financeirização, eles foram parcialmente substituídos por pessoal administrativo para controlar procedimentos e reduzir custos.

A medicalização do espaço hospitalar acarretou mudanças significativas também na formação médica, na composição da categoria e na sua hierarquia interna. Surgiu a figura do *médico de hospital*. Até o século XVIII, quem detinha maior prestígio era o



médico da consulta privada, realizada nos domicílios. A qualificação era feita pela própria corporação, por meio de grandes tratados e transmissão de receitas. O processo de cura se desenvolvia na forma de uma relação individual entre médico e doente. Com o hospital terapêutico, o grande médico passa a ser o que nele atua. No hospital é organizado um sistema de documentação, o que o transforma no lugar de registro, acúmulo e formação do saber médico (FOUCAULT, 1995). Esse modelo se mantém até os dias atuais em relação à formação médica e à organização dos sistemas de saúde. No século XX, o Relatório Flexner representará um novo reforço desse modelo.

Na Inglaterra, local de maior desenvolvimento das relações capitalistas de produção, ocorreram inúmeras transformações na organização da assistência médica. A assistência aos pobres estava a cargo das freguesias (os governos locais), os médicos particulares eram contratados para exercer atividades públicas, o que influenciou o modelo de sistema de saúde posteriormente adotado, pois reforçou a prática liberal da medicina. A assistência médica aos trabalhadores era realizada por organizações de socorro mútuo, que existiam desde as guildas medievais, e também por meio de planos de seguros, a partir do final do século XVIII. Os trabalhadores mais pobres recebiam assistência médica pública. Os médicos assim contratados recebiam salários fixos e um pagamento adicional por pessoa atendida; para esses casos existiam também enfermarias e os embriões da APS, os dispensários. Entretanto, essa modalidade de oferta de atenção médica vinculada à assistência aos pobres deixava mais da metade da população sem acesso a cuidados médicos. Apesar da preocupação com a manutenção da força de trabalho, persistiu até o início do século XX, a “crença de que uma assistência médica gratuita aos pobres levaria, inevitavelmente à indigência; e que, portanto, dever-se-ia oferecer assistência apenas no âmbito da Lei dos Pobres” (ROSEN, 1994, p. 337).

Duas experiências na segunda metade do século XIX deram passos importantes para ampliar o acesso à assistência médica. Na Rússia, em 1864, como parte da liberação dos servos, foi organizado um sistema de serviços públicos nos distritos rurais, com médicos contratados pelo Estado e salários pagos com recursos originários de impostos e, na sua ausência, por pessoal médico auxiliar (*feldsher*<sup>135</sup>). Na Alemanha, em 1883, a chamada medicina de Estado, modelo de seguro social implementado por Bismarck, cujas raízes remontavam a um sistema de serviços públicos, no qual os médicos eram funcionários civis, a primeira experiência de socialização da medicina. Esse modelo se

---

<sup>135</sup> *Feldcher* corresponde a um cirurgião-de-campo, um médico prático, de formação mais elementar, como os médicos-de-pés-descalços da China.

tornou referência para vários países, persistindo até os dias atuais. Os médicos não foram consultados em relação a essas mudanças e não se opuseram a elas, pois seus interesses não foram confrontados.

A nova grande onda de mudanças no sentido da socialização da medicina ocorreria no século XX. A primeira nos países socialistas da Europa do Leste e a segunda, após a Segunda Guerra Mundial, com a criação do *NHS* inglês, em 1943, no contexto da Seguridade Social. Nesse caso, os médicos, organizados na poderosa Associação Médica Britânica, conseguiram impor uma concessão importante, o não assalariamento na APS, mantendo seus consultórios particulares. O Estado pagaria os médicos pelo número de pessoas inscritas em suas listas de atendimento, preservando a tão defendida autonomia, associada à prática liberal da medicina. Com isso, houve uma neutralização da oposição da categoria ao processo de socialização da assistência à saúde, diferente do que ocorreu nos EUA. A análise do papel dos médicos nesse país assume importância pela influência que as práticas e as políticas lá implementadas exerceram em toda a América Latina e, particularmente, no Brasil, dado o seu caráter de potência econômica e cultural.

As diversas tentativas, nos EUA, no século XX, de estender a assistência médica para toda a população, por meio da proposta de seguro saúde obrigatório, foram rechaçadas pelos médicos, organizados em torno da AMA. Segundo Starr (1991), nenhum grupo teve uma posição tão dominante como a categoria médica na sociedade da época. A profissão conseguiu transformar sua autoridade clínica em privilégio social, poder econômico e influência política. Os médicos nem sempre ocuparam posições de destaque social, porém, nos EUA, o crescimento da autoridade médica acompanhou o processo acelerado de desenvolvimento capitalista, com a industrialização e a urbanização deslocando o tratamento de doentes do âmbito familiar e comunitário para o da intervenção médica. O principal determinante foi a forte tradição liberal da sociedade americana, que se traduziu na não intervenção do Estado em qualquer setor que significasse restrição à liberdade individual, ou seja, à liberdade de constituir negócios, aí incluída a prestação de serviços de saúde. Os médicos apoiaram-se nessa ideologia para ampliar seu poder no processo de organização da prestação da assistência à saúde. Além disso, o aumento do número de hospitais e a especialização contribuiu para ampliar a coesão profissional e a dependência dos doentes em relação aos médicos e dos médicos entre si, ao mesmo tempo em que o hospital dependia deles para garantir a ocupação dos leitos (STARR, 1991).

Com o desenvolvimento capitalista, ocorreu a transição da família para o mercado como instituição dominante na atenção aos doentes, ou seja, a conversão da atenção à

saúde em uma mercadoria. Nesse ambiente de liberalismo econômico, os médicos, para ampliar seu poder econômico, buscaram instituir o monopólio da prática médica, por meio da exclusão de outros praticantes e de limitações no número de médicos (restrições no licenciamento). Buscaram também intervir em todos os processos relacionados com a prática médica: a estruturação de hospitais, de seguros e de instituições privadas, além de impor limites às políticas de saúde, de forma que seus interesses fossem preservados, que muitas vezes coincidiram com os da acumulação capitalista da atenção à saúde. Um processo diferente do que ocorreu em outros países capitalistas avançados, onde a pressão dos trabalhadores organizados e de partidos de esquerda conseguiu impor limites e conquistar políticas sociais menos mercantilizadas. Outra consequência do avanço das relações capitalistas na assistência à saúde, com a maior especialização, foi um distanciamento entre doente e cuidador, cuja relação passa a ser mediada por uma série de equipamentos e uma mudança na composição do trabalho médico, com o aumento da participação de homens (STARR, 1991).

Os médicos, como produtores diretos dos serviços de saúde, atuaram no sentido de conciliar seus interesses com os mercantis, buscando garantir para si uma parte importante dos rendimentos auferidos. A luta pela autonomia profissional traduzia-se na livre escolha do paciente e na liberdade de definição de honorários e da condução do trabalho, buscando reforçar o espaço da profissão no mercado de serviços. Para isso, garantiram suas próprias normas de conduta e o julgamento pelos pares (códigos de ética). Opuseram-se com vigor a qualquer forma de controle democrático tanto por parte do Estado, como das empresas (com menos sucesso nesse último caso) e ao assalariamento, pois as relações fundadas no salário “violavam a integridade da relação privada médico-paciente”, uma expressão de sua identidade com os preceitos liberais (STARR, 1991, p. 39).

Essa posição, entretanto, não significava deixar livre o exercício da profissão, ao contrário, como no início do século XIX, na França, os médicos norte-americanos mobilizaram-se para assegurar o controle da profissão, por meio da formalização das escolas e da autorização para o exercício, visando ao controle do número de médicos e, com isso, à diminuição da competição entre eles, aumentando sua valorização no mercado. A “opção” dos médicos norte-americanos pela venda de serviços a pacientes individuais tornou os hospitais dependentes deles para encaminhar doentes e aumentou seu poder em relação aos pacientes, em função da relação direta que estabeleceram. Tudo isso foi possível graças ao crescimento econômico da potência capitalista emergente, que

viabilizou um poder de consumo significativo para amplos setores da sociedade. Não foi o caso do Brasil, onde foi necessária a intervenção do Estado para ampliar o acesso aos serviços médicos.

Uma das principais consequências desse aumento da força dos médicos e de sua concepção liberal da prestação da assistência foi a oposição constante e tenaz a qualquer tentativa de expansão da participação do Estado na oferta direta de serviços de saúde. Por trás da defesa da autonomia, escondia-se a necessidade de garantir um espaço maior do mercado. Os médicos só aceitavam financiamento público para serviços privados e, junto com outros interesses (hospitais, companhias de seguro privado, indústria farmacêutica) conseguiram derrotar as poucas e limitadas tentativas do governo de avançar no direito à saúde, via seguro obrigatório público. Para isso, também contribuíram as dificuldades de organização e mobilização dos trabalhadores em defesa das políticas sociais, numa sociedade dominada pela ideologia liberal que preconiza soluções individuais para a satisfação de necessidades sociais. Os sindicatos terminaram por fortalecer os planos privados ao incluírem a saúde no elenco de benefícios conquistados em negociações coletivas, pois esses serviços eram comprados de grupos médicos, como ocorreu no Brasil.

No início do século XX, os médicos passaram a enfrentar o que consideravam as duas principais ameaças à sua profissão: os serviços públicos, que poderiam competir com as clínicas privadas, e as empresas hospitalares e companhias de seguro, que poderiam restringir sua autonomia, em relação à fixação de honorários e à tomada de decisões clínicas. Assim, eles lutaram ferozmente contra os dispensários gratuitos e os centros de saúde e, em relação às empresas, buscaram conformá-las segundo seus interesses, ou seja, controlando o próprio trabalho e fixando seus próprios preços. Porém, isso foi mantido por um tempo. Quando o controle médico sobre as atividades clínicas pôs em risco os lucros das empresas, essas trataram de limitar esse controle. Os médicos não queriam que o Estado competisse com eles, ou regulasse sua prática, mas, principalmente, eram contra que a atenção médica fosse incorporada às funções do Estado, como ocorreu com a educação nos EUA, e com a saúde em outros países. Seus interesses coincidiam com os das grandes corporações privadas: limitar o alcance das ações de saúde pública, restringir os serviços médicos públicos apenas aos pobres e evitar a aprovação do seguro de saúde obrigatório (STARR, 1991).

A centralização no hospital e a especialização tornaram a assistência médica mais cara e boa parte da população não conseguia pagar, colocando o problema de como garantir o acesso aos serviços de saúde. Em 1912, iniciou-se o primeiro movimento amplo

em favor de um sistema abrangente de seguro compulsório contra enfermidades, influenciado pela aprovação no ano anterior do Ato Nacional de Seguro para a Saúde, na Inglaterra. Entretanto, o movimento conquistou pouco apoio e a força da oposição levou-o à derrota, como ocorreu com todas as outras tentativas nesse sentido, nos EUA. O grupo pró-reforma menosprezou a força dos interesses econômicos e ideológicos dos grupos afetados pela proposta, que incluíam: empregadores, companhias comerciais de seguros de vida, lideranças dos trabalhadores e a maior parte da categoria médica, com exceção dos professores de escolas médicas, funcionários da saúde pública e médicos assalariados. A velha ameaça de limitação da autonomia da prática liberal e de redução de seus rendimentos, decorrentes de qualquer forma de vínculo contratual, levou os médicos a uma reação de autodefesa corporativa e de oposição ao seguro-saúde. Nessa postura, foram seguidos por dentistas, farmacêuticos e outros profissionais de saúde (ROSEN, 1994).

Nesse processo ficou evidente a incompatibilidade entre os interesses dos médicos em manter seus privilégios e os do conjunto dos trabalhadores em conquistar o direito à saúde. Mais que isso, a coincidência e unificação dos interesses corporativos dos médicos com os dos grandes grupos privados, somados à falta de convicção e politização dos setores interessados nessa política, particularmente, dos sindicatos operários, levaram a um modelo de prestação de cuidados de saúde de crescente predomínio do mercado. Em todos os outros momentos em que a ideia de um seguro-saúde foi retomada, a AMA esteve na linha de frente da luta pela sua rejeição.

As ações de saúde pública foram outro campo da política de saúde em que ficou evidente a postura privatista e conservadora da maioria dos médicos norte-americanos. Com o desenvolvimento da bacteriologia, no final do século XIX, era inevitável a integração entre saúde pública e assistência médica, pois cabia aos médicos diagnosticar e tratar os doentes, parte essencial do controle da transmissão, essa uma função da saúde pública. Os médicos lutaram contra várias iniciativas: tratamento dos doentes por serviços públicos; exigência de informar casos de tuberculose e DST para controle da transmissão; instituição da coordenação das ações preventivas e curativas nos centros de saúde, entre outras. Alegavam que a saúde pública estava usurpando suas funções, mas o que temiam, de fato, era a perda de espaço no mercado (STARR, 1991).

Um dos primeiros conflitos se deu em relação ao papel dos dispensários públicos no tratamento dos doentes pobres. Esses dispensários, fundados no século XVIII, eram instituições de caridade, considerados precursores da APS. Eram mantidos com o trabalho voluntário de médicos de tempo parcial, que também os utilizavam para o ensino da

medicina. Com o aumento do número de escolas médicas, no final do século XIX, esses serviços se multiplicaram, o que desagradou os médicos, contrários a uma suposta utilização por pessoas que poderiam consumir assistência privada. A questão de fundo, mais uma vez, era a disputa de espaço no mercado.

Como resposta a esse suposto “parasitismo” nos dispensários, o Estado introduziu trabalhadores sociais para avaliar se os que procuravam esses serviços eram de fato “necessitados”. Na realidade, o acesso difícil e a qualidade precária afastava desses serviços os que dispunham de recursos para pagar (como acontece com muitos serviços públicos no Brasil). Essa controvérsia, na verdade, também refletia um conflito no interior da profissão, pois os generalistas defendiam os dispensários como seu principal espaço de trabalho. Com a reforma da educação médica, do início do século XX, que reduziu o número de escolas e centralizando-as na especialização e no hospital, não eram necessários tantos dispensários. Numa clara inversão de prioridades, a necessidade dos doentes foi novamente desconsiderada para atender os interesses dos médicos e do mercado. Assim, a primeira experiência norte-americana de APS desapareceu e alguns dispensários foram integrados a hospitais, como locais de consulta externa.

O surgimento da concepção de uma nova saúde pública<sup>136</sup> reforçou o papel da atenção médica, uma vez que a prevenção passa a ter como um dos eixos a realização periódica de exames laboratoriais (*check up*) solicitados pelos médicos. As companhias de seguro e as empresas desempenharam papel chave na disseminação dessa prática, divulgando a visão de que exames preventivos reduziam a mortalidade. As empresas envolvidas na produção de exames cresceram e o tratamento dos doentes permaneceu a cargo dos médicos privados. Assim, a medicalização social avançou do terreno do tratamento para a prevenção. Enquanto isso, iniciativas públicas para ampliar o acesso ao tratamento de algumas doenças (por exemplo, DST) eram rechaçadas pela AMA.

Ainda nos primeiros decênios do século XX, ocorreu um novo embate entre a profissão médica e os que lutavam por reformas na saúde pública nos EUA. Foi em torno da proposta do centro comunitários de saúde. Os médicos não queriam assistência médica nos centros para evitar a competição com seus serviços. Além disso, o fornecimento de formas variadas de seguro privado de saúde para os trabalhadores, mediante acordos

---

<sup>136</sup> A chamada “nova saúde pública” surgiu nos EUA em função dos avanços da bacteriologia e da necessidade de desenvolver ações mais baratas. A saúde pública teve seu eixo deslocado do meio para o indivíduo, a higiene pessoal tomou o lugar das atividades gerais de melhoria das condições de vida e ambientais. As atividades centralizaram-se na educação para a higiene e na realização de exames médicos (STARR, 1991). Uma concepção bastante adequada ao modelo econômico dominante naquele país.

coletivos, desviou parte da clientela desses centros para os serviços privados, favorecendo os interesses dos médicos, como ocorreu no Brasil. A não inclusão da assistência médica nos centros de saúde reforçou a histórica separação entre ações preventivas e curativas, fragmentando ainda mais o sistema de saúde, cabendo à APS apenas as ações de prevenção. Foi determinante para isso a forte tradição de livre-mercado da sociedade norte-americana, segundo a qual o Estado não deve competir com interesses privados. Dessa forma, a saúde pública foi reduzida a um papel secundário, com financiamento inferior ao da assistência médica, e impedida de assumir funções próprias de coordenação e direção do sistema de saúde (STARR, 1991). Esse modelo teve forte influência no Brasil, tanto na organização dos centros de saúde e demais serviços de APS, como na histórica separação entre ações de saúde pública, a cargo do MS, e assistência médica, vinculada à previdência social.

A involução da experiência dos centros de saúde, além de um retrocesso na tentativa de ampliar e qualificar a assistência à saúde representou a perda de um espaço fundamental para a transformação da prática e da formação médica, um local alternativo ao hospital, que possibilitaria uma abordagem mais abrangente dos problemas de saúde, por meio do desenvolvimento do trabalho em equipe. Com isso, observou-se uma crescente dificuldade de levar médicos para atuar em serviços básicos e nas áreas mais distantes do país, uma vez que o profissional formado no hospital tem como referência as práticas especializadas. As escolas de medicina deixaram de formar médicos com conhecimentos gerais, capazes de resolver as principais necessidades de saúde das populações. Essa medicina especializada e hospitalar se expandiu satisfazendo as necessidades de um mercado crescente de produtos a ela relacionados.

Com a passagem do hospital para o centro da formação e da prática médicas, o controle do acesso às suas instalações constituiu a base do poder dos médicos, que não se tornaram seus empregados, uma característica particular da experiência norte-americana. Na Europa e na maior parte dos países, quando um paciente ingressa num hospital, fica sob os cuidados da equipe médica vinculada à instituição. Nos EUA, os médicos privados continuam acompanhando seus pacientes quando eles são internados, e os hospitais assumiram um padrão mais privado do que na Europa, em função da presença de médicos privados, de uma arquitetura que prioriza a atenção individual (quartos) em vez da coletiva (enfermarias), mas, principalmente, devido ao caráter predominantemente mercantil dessas instituições.

A política de saúde desenvolvida por todos os governos dos EUA, no século XX, sempre priorizou o financiamento da atenção hospitalar, baseada em concessões e privilégios (isenção de impostos) à rede privada e na compra de serviços privados pelos programas públicos (Medicare e Medicaid). A constituição de uma rede de serviços de APS nunca esteve na agenda do Estado norte-americano, diferentemente do que ocorreu nos demais países do capitalismo avançado, como resposta às pressões dos trabalhadores e à necessidade de legitimação social. Com a progressiva centralização e especialização da prática médica, desenvolveu-se, no início da década de 1970, um processo de expansão empresarial da atenção hospitalar, associada à indústria produtora dos bens, o chamado complexo médico-industrial<sup>137</sup>, acarretando um assalariamento progressivo dos médicos, com perda importante da tão defendida liberdade. Porém, para a AMA, a empresa não ameaçava a autonomia profissional. Mas, como a indústria da saúde precisa dos médicos para ampliar o consumo de seus produtos, ela lhes oferece vantagens e recompensas, na forma de financiamento de pesquisas e participação em congressos, além da distribuição de amostras de seus produtos, como forma de seduzi-los para o uso (STARR, 1991).

Um último aspecto da evolução da medicina nos EUA merece destaque por sua influência em todos os países da América Latina: a educação médica. As primeiras escolas médicas norte-americanas surgiram no século XVIII, como iniciativa privada de médicos, sem nenhuma regulação por parte do Estado, e custeadas pelos estudantes. No século XIX, acentuou-se a propagação de escolas não ligadas a universidades. Em 1850, já existiam 42 escolas nos EUA, enquanto na França, somente três. As condições de ensino eram muito precárias<sup>138</sup>, praticamente sem instrução clínica. O curso se reduzia a dois anos. A instituição do primeiro currículo de graduação, em 1870, foi considerada uma grande reforma (STARR, 1991).

Com a industrialização capitalista, a educação passa a atender as necessidades do mercado em crescimento (STARR, 1991). Nesse contexto, a escola criada pela universidade Johns Hopkins, em 1893, por meio da doação milionária de um comerciante,

---

<sup>137</sup> O complexo médico-industrial, no sentido original, designava os vínculos entre médicos, hospitais, escolas de medicina, companhias de seguro de saúde, laboratórios farmacêuticos, empresas produtoras de equipamentos médicos e outras empresas. Constituiu uma frente comum de interesses em torno de uma estrutura e distribuição da atenção médica, cujo eixo era a progressiva especialização que estimulava o consumo crescente dos produtos da indústria a ela relacionados. Com o tempo, esse complexo centralizou-se cada vez mais em grandes empresas lucrativas, verdadeiros conglomerados cujo negócio central é a doença.

<sup>138</sup> As instalações físicas das escolas, às vezes, se resumiam a “dois cômodos, um para as aulas e outro para as dissecações. Não havia laboratórios e as bibliotecas eram muito pequenas” (STARR, 1991, p. 59)



foi a que mais avançou a reforma e se tornou referência para a educação médica<sup>139</sup>. Um programa de quatro anos e a inédita exigência de título universitário, com os dois primeiros anos baseados na ciência básica, e os dois últimos, na medicina hospitalar. A pesquisa científica e a instrução clínica encontraram o lugar para se expandir. Após o internato, o último ano da graduação, foi instituída a capacitação especializada, denominada residência médica. Os estudantes passaram a aprender a prática médica em um hospital organizado com a finalidade de ensino – o hospital-escola. A Johns Hopkins influenciou muito além dos EUA, pois enviou seus professores, particularmente, para a América Latina, inclusive para o Brasil.

Porém, no início do século XX, a maioria das escolas médicas norte-americanas não seguia esse padrão, o que incomodava as sociedades médicas que as viam como ameaça à ampliação do prestígio social da profissão. O principal fator impulsionador da reforma foi a necessidade de profissionais adequados ao mercado, em crescente especialização. A iniciativa foi da AMA, que constituiu um Conselho de Educação Médica, em 1904, que elaborou a proposta de uma graduação de seis anos, sendo o sexto ano de internato no hospital, além de um exame para obtenção da licença para exercer a profissão. A AMA classificou as escolas de medicina existentes<sup>140</sup> segundo critérios como: desempenho dos graduados em exames para licenças, currículo, instalações, corpo de professores e requisitos de admissão. A entidade convidou, então, a Fundação Carnegie, que havia realizado estudo semelhante, para sistematizar a avaliação.

Abraham Flexner, educador da Fundação, elaborou um informe, o *Boletim Número Quatro*<sup>141</sup>, conhecido como Relatório Flexner, que se tornou um marco na consolidação do novo padrão de formação médica, baseada no modelo Johns Hopkins. O julgamento de Flexner foi mais duro que o da AMA, a grande maioria das escolas deveria ser fechada, uma mudança radical no país, que deixaria de ter um número muito grande de praticantes mal capacitados para ter um menor, mas melhor qualificado, pelo menos segundo os novos padrões estabelecidos. Essa proposta atendia ao interesse da AMA: reduzir o número de profissionais para fortalecer a posição dos médicos privados no mercado. Na prática, o fechamento das escolas resultou mais de determinações

---

<sup>139</sup> Johns Hopkins foi um comerciante de Baltimore que, ao morrer, deixou 7 milhões de dólares para construir um hospital e uma universidade. Essa doação foi a maior até então na história do país.

<sup>140</sup> Na análise de 160 escolas existentes em 1906, a AMA só aprovou totalmente cerca da metade (82), classificadas como A. 46 foram classificadas como B, pois apresentavam problemas que poderiam ser resolvidos. 32 foram consideradas de tipo C, porque não apresentavam condições de recuperação (STARR, 1991, p. 146).

<sup>141</sup> *Medical Education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. 1910.*

econômicas, pois ficou difícil cumprir os novos requisitos e manter os lucros. Em 1922, o número já havia caído para 81 e, posteriormente, restaram pouco mais de 70 (STARR, 1991).

Porém, mais do que a redução do número de escolas, a principal mudança residiu na consolidação de um modelo de formação centrado nas normas dos especialistas acadêmicos, distantes da realidade do perfil das doenças da população, uma vez que apenas os casos mais complexos necessitavam de tratamento hospitalar. Por isso, houve divergências, muitos achavam que apenas uma pequena parte das escolas deveria adotar esse modelo, devendo a maioria manter a formação de médicos generalistas, para atender os problemas de saúde mais comuns, que representavam a maior parte da atividade médica. Porém, os interesses econômicos e corporativos determinaram um processo de homogeneização da educação médica, voltada para uma especialização crescente, respondendo à demanda de um mercado que incorporava os avanços científicos e tecnológicos. Esse tipo de escola elevou os custos da formação e, junto com critérios seletivos mais rígidos, limitou ainda mais a entrada de estudantes das classes de rendimento mais baixo, reforçando a elitização da profissão<sup>142</sup>.

Uma das principais consequências da centralização no hospital, da especialização e da redução do número de médicos, foi a penalização da população mais pobre em relação ao acesso aos serviços de saúde. Outra consequência, foi a elevação do valor do serviço médico no mercado, que agravou a primeira. Menos médicos, formados em escolas mais caras e voltados para serviços especializados resultaram no agravamento da desigualdade de sua distribuição no país. As regiões mais pobres e as áreas rurais passaram a conviver cada vez mais com a escassez de médicos. Essas desigualdades, próprias do capitalismo, haviam se originado das transformações econômicas do início do século XX, com a industrialização e a urbanização concentrando os serviços médicos nos estados mais ricos e urbanizados, com condições melhores de sustentar economicamente uma prática com custos crescentes. As características de superpotência mundial permitiram aos EUA garantir a boa parte de sua população um poder aquisitivo que viabilizava a ampla hegemonia dos serviços privados na saúde, não sem deixar descobertas milhões de pessoas. O Estado, diante das fracas pressões das classes exploradas, favoreceu com suas políticas

---

<sup>142</sup> Isso se somava a políticas de discriminação contra judeus, mulheres e negros. As políticas que estimularam a entrada na profissão de imigrantes e mulheres, na década de 1890, para enfrentar a necessidade de médicos foram reconsideradas, pois a nova política visava a restringir o acesso à profissão. Além disso, das várias escolas de medicina para os negros, só restaram duas, o que, acrescido das restrições de acesso dos negros aos hospitais, reduziu drasticamente o número de médicos negros nos EUA (STARR, 1991).

as grandes empresas. Nesse sentido, a realidade do Brasil, apesar de suas especificidades, guarda semelhanças.

### **5.1 Médicos – formação, prática profissional e atuação política no Brasil**

Nos países da Europa, o tempo histórico necessário para que a medicina se transformasse em trabalho social do capitalismo e para que a prática médica assumisse a qualidade de trabalho técnico intelectual ocupou os séculos XVIII e XIX. Nos EUA e na Europa também foi necessário transcorrer todo o século XIX para a sua consolidação como medicina moderna. A inserção tardia do Brasil no sistema capitalista mundial, fêz com que as transformações na prática médica ocorreram de forma muito mais acelerada.

Até quase metade do século XIX, o Brasil contou com número muito reduzido de médicos, fazendo com que a população se valesse das ações terapêuticas dos “práticos” e das técnicas de cirurgiões-barbeiros e boticários. A medicina era praticada por camadas sociais com pouco prestígio e cultura e era dominada pela empiria. Somente em 1808, foi fundada a primeira escola médica, em Salvador, com a vinda da família real portuguesa. Até então, os poucos médicos que existiam, filhos de famílias abastadas, haviam se formado em faculdades europeias, em Portugal e na França. A segunda foi fundada no Rio de Janeiro e, como a primeira, sediada inicialmente em dependências militares. Só em 1898, próximo à instalação da República, uma nova escola seria instalada (SCHRAIBER, 1993b; MACHADO, 1997).

Somente a partir de meados do século XIX, a medicina passa a ser reconhecida socialmente como profissão com prestígio e *status* junto à elite dominante. Porém, apenas com o desenvolvimento da produção cafeeira, o início da industrialização, e o crescimento dos primeiros núcleos urbanos, no final do século XIX até os anos 1920, é que a profissão terá o seu primeiro impulso, começando a transformar reconhecimento social em benefícios materiais de vida para os médicos. Nesse período, constitui-se uma população urbana composta por pequenos empresários, comerciantes, funcionários públicos, empregados do comércio e profissionais liberais que, junto com as elites, compõem o consumo individualizado de serviços na modalidade liberal, ainda que restrita (MACHADO, 1997)

Assim, a assistência médica até a década de 1920 era oferecida como caridade, por meio de instituições filantrópicas como as Santas Casas de Misericórdia<sup>143</sup>, ou de forma privada para os que podiam pagar – a medicina liberal. Com o início da imigração e a constituição de uma força de trabalho assalariada, passa a ser oferecida por organizações mutualistas de caráter voluntário aos seus associados. Desde o início do século XX, algumas empresas ofereciam serviços médicos a seus empregados, uma das formas privadas mais antigas no Brasil (MENICUCCI, 2007). Nesse período, praticamente inexistia a participação do Estado na prestação de assistência médica, exceto na assistência aos militares e aos servidores públicos. O trabalho médico dependia, portanto, em grande medida, das clientelas organizadas e dos serviços de caridade, e, em menor grau, do poder público. O modelo hegemônico de prestação de assistência médica era a forma liberal da produção de serviços.

O surgimento das CAPs, em 1923, obriga as empresas a oferecer Serviços de Assistência Social ao trabalhador e seus familiares, incluindo os serviços médicos, o que reforça a medicina liberal, pois a assistência era prestada por meio da compra de serviços de médicos particulares. São também os embriões do mercado de trabalho assalariado dos médicos, no setor público, com a instituição do seguro social que sucede às CAPs, e no privado, por meio de serviços próprios das empresas. Essa primeira participação do Estado na assistência médica restringe-se ao papel de regulador, no plano da legislação (SCHRAIBER, 1993b). Com o avanço da industrialização e da urbanização, amplia-se o setor privado de serviços de saúde, que passa a ocupar uma dimensão significativa no mercado.

A partir da década de 1930, a atuação do Estado, antes voltada para o setor agroexportador, com o novo rearranjo de forças políticas e econômicas passa a se orientar para a industrialização, um padrão de desenvolvimento mais autônomo, o que determinou um novo modelo de política social, que buscava a reprodução da força de trabalho e a legitimação social. Porém, a inserção periférica no capitalismo, faz com que esse desenvolvimento econômico seja caracterizado pela incapacidade de incluir no mercado um número crescente da força de trabalho, acarretando baixos níveis salariais e enormes desigualdades sociais. A urbanização acelerada agravou a concentração da população, aumentando a pressão por acesso a bens e serviços, particularmente da assistência médica. Uma das marcas do desenvolvimento capitalista no Brasil, além do caráter profundamente

---

<sup>143</sup> A primeira instituição desse tipo foi fundada em Santos, no ano de 1543, para atender os moradores e os marinheiros que chegavam ao porto.

concentrador de renda, é a distribuição desigual desse crescimento nas regiões do país, localizando-se na região Sudeste os maiores índices de industrialização e urbanização, e, portanto, de serviços de saúde, como verificado no Capítulo III.

O Estado brasileiro historicamente havia priorizado as ações de saúde pública, como saneamento do meio e controle das principais endemias, em detrimento da assistência médica. A participação pública na prestação da assistência médica teve como primeiro passo a criação dos IAPs, a partir de 1933, para as principais categorias de trabalhadores; porém, desde o início, de forma secundária em relação aos benefícios pecuniários, a principal finalidade da instituição. A oferta de assistência médica nesses institutos era variável e a participação do Estado, como já assinalado, privilegiou o produtor privado, ao adotar a estratégia da compra de serviços<sup>144</sup>, em vez do investimento prioritário na ampliação da rede própria. Essa estratégia foi sempre mais acentuada em relação aos recursos hospitalares, pois havia necessidade de serviços ambulatoriais próprios para o controle da prestação de benefícios e ampliação da assistência. Uma das consequências dessa política foi um progressivo assalariamento da profissão médica, cuja prática, até então, era hegemônica pelo padrão tradicional da medicina liberal, cujas características discutiremos mais adiante.

Essa ampliação da oferta de serviços está relacionada com determinantes econômicos e políticos. Do ponto de vista econômico: a necessidade de reprodução e manutenção da força de trabalho, em franca expansão devido ao processo de industrialização e urbanização; e a produção de mais-valia pela indústria produtora dos meios de trabalho médico, que se realiza com a prestação da assistência médica. Esse último, responsável pelos custos crescentes dos serviços médicos, funcionava como freio do processo de expansão da cobertura. Do ponto de vista político: a pressão dos trabalhadores por ampliação do acesso aos serviços de saúde, e a necessidade de os governos aumentarem sua legitimidade social, particularmente nos períodos ditatoriais. Essa ampliação da assistência médica, ao mesmo tempo em que correspondia a uma expectativa dos médicos de expansão do mercado, trouxe preocupações com as possíveis limitações para a sua prática profissional. Como nos EUA e em outros países, os médicos se organizaram para fazer valer seus interesses.

---

<sup>144</sup> A compra de serviços se deu tanto na modalidade de pagamento de serviços já realizados, em preços pré-estipulados por tipo e unidades de serviços padronizados, quanto na forma de pré-pagamentos globais, como ocorre nos convênios entre as empresas da produção e as empresas médicas, as medicinas de grupo, com recursos repassados tanto da previdência como da empresa contratante. Essa última modalidade expandiu-se, principalmente, após 1970, a partir do ramo industrial para outros ramos da produção, como o comércio e o setor bancário (SCHRAIBER, 1993b).

Donnangelo (1975) em seu estudo sobre os médicos e seu mercado de trabalho no Brasil, recupera os principais atributos relacionados às profissões tradicionais:

o monopólio de uma área específica de atividade a partir de prolongada formação intelectual; um sistema particular de valores que legitima e sustenta padrões de comportamento profissional, e em cujo núcleo se encontram o ideal de serviço e o ideal de autonomia (DONNANGELO, 1975, p. 126).

Além disso, a profissão médica necessitava de uniformidade e coesão grupal, conseguidas por meio da adesão de seus membros a um sistema de valores, e pelo controle realizado por organizações médicas destinadas a aplicar os códigos éticos, que incluem a aplicação de sanções e, inclusive, a perda do direito ao exercício da prática. A autora destaca como principal componente do sistema de valores dos médicos, o ideal da autonomia, que se refere à adesão às formas tradicionais de trabalho, isto é, a medicina liberal. Sua defesa é assumida pelos médicos como se fosse uma exigência de natureza ética e técnico-científica, intrínseca à profissão, o que inclui:

as noções de que o êxito do processo de diagnóstico e terapêutica depende essencialmente do tipo de relação que se estabelece entre médico e paciente; de que a peculiaridade do trabalho médico exige a eliminação da interferência do leigo e a atribuição do monopólio de julgamento das ações do profissional a elementos de idêntica formação especializada (DONNANGELO, 1975, p. 127).

A relação médico-paciente apresentaria, assim, uma dupla dimensão – moral e técnica – atribuída à autonomia profissional. O caráter *peçoal* da relação asseguraria o estabelecimento da confiança e do “carisma” necessários para o resultado positivo das operações técnicas. Além disso, a peculiaridade da relação seria a base da definição da medicina como ciência e, também, como arte e humanismo. Essa relação seria também *exclusiva*, um ato fechado no espaço e no tempo, que não comporta senão o médico e o paciente, em etapas definidas: confissão, exame e prescrição. A exclusividade seria a base do princípio ético do *segredo profissional*, que proíbe o compartilhamento de qualquer elemento da relação, a não ser com pessoas ligadas ao paciente ou da própria profissão. Essa exclusividade está na base da *responsabilidade individual* do médico com as ações adotadas para um dado paciente (DONNANGELO, 1975).

A prática médica adentra o modo capitalista de produção sob a forma de trabalho artesanal e manterá essa característica, por quase um século e meio, nos países onde se iniciou essa transformação, diferentemente das outras formas de trabalho social que já haviam ultrapassado as formas mais simples de trabalho cooperativo. Na medicina do

capitalismo, diferentemente das demais práticas que passaram por um processo de socialização, a autonomia no trabalho individualizado parece ter sido uma necessidade histórica particular. Para que a medicina moderna pudesse se constituir foi preciso passar por um processo de uniformização e unificação de todas as práticas curadoras que existiam até o final do século XVIII, conforme descrito anteriormente. Também foi necessária a construção de um saber exclusivo para fundamentá-la, o conhecimento sobre o corpo doente, a clínica, que, com o desenvolvimento da anatomia patológica, foca-se na doença (SCHRAIBER, 1993b).

O desenvolvimento do modo capitalista de produção levou à alienação do trabalhador manual do controle sobre o processo de trabalho, tanto pela divisão do trabalho em operações parcelares (novos trabalhos), quanto pela desapropriação desse trabalhador dos meios para realizá-lo e do conhecimento particular em que ele se fundava. O trabalhador perde o domínio sobre o conjunto do processo de trabalho: a concepção do produto final, sua execução e, principalmente, o saber que o fundamenta, objeto de seu monopólio anterior. O saber passa, dessa forma, a ser produção exclusiva dos trabalhadores intelectuais, que não operam diretamente as técnicas de transformação dos objetos. Na transição do artesanato para a indústria capitalista, o trabalhador direto é alienado de seu saber de ofício e desapropriado do domínio de sua arte. Com a prática médica ocorreu um processo diferente. A divisão do trabalho médico só ocorrerá no século XX, com o desenvolvimento da especialização. No longo período anterior, construiu-se a sua “marca peculiar, mediante a qual, ao contrário da alienação do trabalhador direto em relação a seu trabalho, foi a prática técnica que se revestiu da qualidade de trabalho intelectual”, com o desenvolvimento da medicina científica (SCHRAIBER, 1993b, p. 181).

Provavelmente, pela posição de destaque que alguns médicos ocupavam no período feudal e pela importância que a medicina adquiriu na reparação da capacidade produtiva das pessoas e na produção de coesão social, particularmente, por sua atuação via Estado no processo de surgimento da chamada medicina social, no século XIX, os médicos conseguiram manter o controle sobre seu processo de trabalho, operando suas práticas como “artesãos”, pois conservaram o domínio e a apropriação individual de sua técnica, além do monopólio da prática. Foi com base nessas características objetivas do trabalho médico que seus executores construíram o ideal da “prática livre”, no sentido de ação de “homem livre”. Essa ideologia liberal teve como realidade objetiva o fato de, por muito tempo, o médico produtor ter sido também o vendedor direto, comercializando seu serviço

no mercado e definindo a remuneração de seu trabalho (o preço do seu serviço). Mesmo quando as bases objetivas já haviam mudado, os médicos continuaram se apoiando na ideologia da prática liberal, como forma de defender o seu monopólio na organização do processo de trabalho.

O trabalho “livre”, que predominou como forma de organização da prestação da assistência médica no Brasil, até as primeiras décadas do século XX, é assim caracterizado: liberdade de relacionamento com o paciente; exclusão dessa relação de um terceiro elemento; segredo profissional; e responsabilidade individual. Porém, como ressalta Donnangelo (1975), esses princípios se referem a aspectos éticos e técnicos do trabalho, mas levam os médicos a uma superposição de duas dimensões da autonomia profissional: **a independência técnica na execução do trabalho e a autonomia do trabalhador no mercado**. Essa última está na base da oposição a toda forma de assalariamento, vista como interferência na livre escolha pelo paciente e na liberdade do médico de determinar os padrões gerais desse relacionamento. Esses dois aspectos conformam o modelo liberal de trabalho, único considerado, pelos médicos, capaz de assegurar realização profissional em termos éticos e científicos. Esse modelo se aproxima do ideal do trabalho artesanal, cujos aspectos principais são:

O trabalho não obedece a nenhum motivo ulterior, além da fabricação do produto e dos processos de sua criação. Os detalhes do trabalho cotidiano são significativos para o trabalhador, porque em seu espírito não estão separados do produto do trabalho. O trabalhador é livre para organizar seu trabalho. Assim, o artesão pode aprender e desenvolver seus conhecimentos e habilidades, trabalhando. Não há nenhuma separação entre trabalho e cultura. O modo de subsistência do artesão determina e impregna todo o seu modo de viver (MILLS *apud* DONNANGELO, 1975, p. 129).

A defesa de concepções artesanais, inscritas até hoje no código de ética médica<sup>145</sup> (conceito de honorários, proscrição da comercialização do serviço, subordinação dos interesses pecuniários ao ideal do serviço etc.); entretanto, é, muitas vezes, instrumental à

---

<sup>145</sup>O atual código de ética médica, aprovado pela Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009, mantém uma série de dispositivos relativos aos princípios do trabalho liberal: “o médico exercerá a sua profissão com autonomia (...)” (Cap. I, inciso VII); “o médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional (...)” (Cap. I, inciso VIII); “o trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros, com objetivos de lucro (...)” (Cap. I, inciso X); “o médico se responsabilizará, em caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais, resultados de relação particular de confiança (...)” (Cap. I, inciso XIX); “a natureza personalíssima da atuação profissional do médico não caracteriza relação de consumo” (Cap. I, inciso XX); “É direito do médico: (...) - estabelecer seus honorários de forma justa e digna” (Cap. II, inciso X); “É vedado ao médico: Art. 58. O exercício mercantilista da medicina. (...) Art. 61. Deixar de ajustar previamente com o paciente o custo estimado dos procedimentos. (...) Art. 63. Explorar o trabalho de outro médico (...)” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010).



necessidade de conquista de melhores posições no mercado, tanto sob a forma de maiores rendimentos, como da apropriação de meios de produção. O trabalho liberal tem como principais características: clientela própria, obtida por meios informais, com a qual os médicos estabelecem diretamente as condições de atendimento, que incluem a remuneração do trabalho; instrumentos de trabalho próprios, o que contempla aluguel de equipamentos no caso de assistência hospitalar; e consultório isolado, como principal centro de atividade. No Brasil também se instituiu, como nos EUA, uma relação de troca entre médicos particulares e hospitais, com os médicos canalizando clientela para internação, sem uma relação comercial obrigatória entre ambos, contribuindo, assim, para a ampliação da prática liberal.

Os principais órgãos relacionados à profissão foram criados nas décadas de 1940 e início dos anos 1950: os Conselhos de Medicina<sup>146</sup>, no final da ditadura Vargas, em 1945, com função de tribunais éticos, voltados para a fiscalização do exercício profissional; e a AMB<sup>147</sup> e suas filiais estaduais, que buscavam, desde as origens, representar toda a profissão médica, sustentando a defesa dos princípios da medicina liberal, constituíram-se no mais importante centro de elaboração dessa ideologia para a organização da assistência médica. Porém, as primeiras organizações da profissão<sup>148</sup> foram os sindicatos dos médicos, surgidos na década de 1930, que lutaram por medidas de proteção para os médicos, entre elas:

a regulamentação das prestações de serviços gratuitos, que limitava a assistência apenas aos verdadeiramente necessitados, propunha medidas contra a prática ilegal da medicina pelos farmacêuticos e curandeiros, assim como a criação de organismos com missão de zelar pela observância do Código de Deontologia Médica (SINDICATO DOS MÉDICOS DO RIO DE JANEIRO, 2013).

Nesse período, a forma de organização da prática médica era basicamente liberal, com baixa regulamentação da profissão, o que fazia com que o sindicato assumisse a

---

<sup>146</sup> O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina foram instituídos por meio do Decreto-Lei nº 7.955, de 13 de setembro de 1945, fruto da iniciativa dos sindicatos dos médicos por uma entidade que limitasse a prática da medicina apenas àqueles formalmente habilitados e que fiscalizasse o cumprimento do código de ética. Esses Conselhos nasceram subordinados ao Ministério do Trabalho e ao sindicalismo oficial.

<sup>147</sup> A AMB nasceu, em 1951, por iniciativa das associações estaduais como resposta ao atrelamento do sindicalismo oficial e dos Conselhos de Medicina ao Estado.

<sup>148</sup> O primeiro sindicato dos médicos foi fundado em 1927, intitulado de Sindicato Médico Brasileiro e, posteriormente, Sindicato dos Médicos do Estado do Rio de Janeiro. Esse sindicato se empenhou na luta contra o charlatanismo e pela aprovação do primeiro Código de Ética, chamado de Código de Moral Médica, que condenava o assalariamento e defendia o padrão liberal como forma de preservar a liberdade do médico em determinar o valor e a duração da consulta. (SINDICATO DOS MÉDICOS DO RIO DE JANEIRO, endereço na internet: < <http://www.sinmedrj.org.br/2012/historia.html> > pesquisado em 20 de janeiro de 2013.

mesma linha de atuação da AMA, nos EUA e, anteriormente, das sociedades médicas, francesa e inglesa, no sentido de ampliar o mercado de serviços médicos por meio de restrições à prestação de assistência médica pública para além dos que não podiam pagar, além de lutar pela restrição à prática médica apenas aos habilitados por escolas médicas. Entretanto, com as mudanças no mercado de trabalho, decorrentes da expansão da medicina previdenciária, que ampliou o assalariamento médico, novas demandas se apresentaram em relação às condições de trabalho e aos níveis salariais. Mas, as direções não acompanharam esse processo, mantendo-se apegadas à pauta da medicina liberal. Como parte do processo mais geral de renovação da luta política no país, em torno da redemocratização e de melhores condições de vida, surgiu, na segunda metade da década de 1970, o REME (CAMPOS, 1988).

A organização que mais se destacou nas décadas de 1960 e 1970 na defesa dos princípios da medicina liberal foi a AMB. Foram comuns as declarações da necessidade de livre escolha do médico pelo segurado da previdência, a rejeição a qualquer tipo de controle por parte do pessoal leigo, o combate à participação de qualquer intermediário na execução de atos médicos, que explore comercialmente a doença, e também à estatização, conforme o seguinte:

Não é preciso estatizar; não é necessário que o Poder Público seja proprietário da rede hospitalar, empregador dos médicos e fabricante de produtos. Basta que ele assegure, pela Previdência Social, a existência de sistema financeiro que permita o custeio das despesas de assistência à saúde; que esse sistema seja compulsório (...) (AMB, 1967 *apud* DONNANGELO, 1975, p. 135).

A AMB deixa clara a visão de boa parte dos médicos, compartilhada pelos empresários da saúde, sobre que concepção de política de saúde lhe interessava: o Estado como financiador da oferta de serviços por meio da compra do setor privado. Diferentemente da AMA, nos EUA, a AMB defende o seguro compulsório de saúde, pois percebe que só com a participação do Estado é possível expandir o mercado de serviços médicos, numa sociedade em que a maioria não dispunha de recursos para pagar o consumo desses serviços. Porém, o faz de forma a ampliar a sua parcela nesse mercado; por isso, a AMB se posicionava a favor da participação direta do usuário no custeio das despesas médicas, considerada elemento importante de estabilidade financeira do sistema, e um modo de suprimir a “tutela exagerada, exercida pelo sistema”. Mesmo parcial, o autocusteio conferiria ao doente e à sua família “a condição de quem adquire serviços”

(AMB, 1970, *apud* DONNANGELO, 1975, p. 135). Ou seja, a AMB via o usuário como um consumidor de serviços, não como um possuidor de direitos.

Assim, fica claro o alinhamento da principal entidade dos médicos à política de privatização dos serviços de saúde desenvolvida pelos governos militares, e contra qualquer perspectiva de socialização desses serviços, vista como uma ameaça à liberdade de atuação da profissão. Apesar de nesse primeiro momento, as associações médicas terem se posicionado contra a mercantilização da medicina, identificada apenas com a medicina de grupo<sup>149</sup>, seu apoio às cooperativas médicas<sup>150</sup> como suposta forma de concretizar os ideais de autonomia e liberdade da profissão, deixou claro que, para elas, o grande inimigo a ser combatido era o Estado e sua participação direta na prestação de assistência e, particularmente, o assalariamento<sup>151</sup> daí advindo. Entretanto, também havia no seio da profissão, médicos contrários à privatização do sistema, o que ficou evidente quando o governo militar lançou, em 1968, um conjunto de medidas denominadas Plano Nacional de Saúde, cujas principais características eram a descentralização da organização dos serviços e a privatização total da produção dos serviços de saúde, materializada na transferência direta da execução dos serviços aos grupos privados, financiada pelo fundo público e pelos usuários. A oposição ao caráter privatizante do Plano foi sustentada por grupos médicos localizados nas instituições de ensino da saúde, no INPS e nas associações do Rio de Janeiro<sup>152</sup>.

---

<sup>149</sup> Embora o primeiro grupo médico tenha se formado em 1956, foi apenas na década seguinte que a chamada medicina de grupo se desenvolveu, a partir da articulação entre grupos de médicos com hospitais privados ou filantrópicos que ofereciam serviços mediante pré-pagamento. A ampliação da assistência médica contratada por empresas propiciou o surgimento da medicina de grupo, uma vez que essas empresas médicas estavam voltadas exclusivamente para a prestação de assistência aos empregados das empresas, mediante convênios, por meio dos quais eram comercializados os “planos coletivos ou empresariais”. Assim, a medicina de grupo foi indiretamente criada pelo Estado, por meio das políticas que incentivaram a prestação de assistência médica pelas empresas a seus empregados. As empresas de serviços médicos concentraram-se, inicialmente, na região Sudeste e nas capitais, onde havia a maior concentração de empresas de grande e médio porte (DONNANGELO, 1975; MENICUCCI, 2007, p. 116-117).

<sup>150</sup> As cooperativas médicas surgiram nos anos 1960 (a primeira UNIMED foi fundada em Santos, em 1967), em oposição à medicina de grupo, vista pela categoria médica como um processo de mercantilização da medicina e de aviltamento do trabalho médico, na forma do assalariamento e da subordinação à lógica do lucro. Foi uma iniciativa de grupos médicos apoiados pela AMB e por alguns sindicatos médicos na busca de preservar a autonomia da categoria médica. Entretanto, apesar do discurso, essas cooperativas passaram a disputar os mesmos clientes da medicina de grupo e a adotar os mesmos mecanismos de financiamento e controle do consumo, via sistema de pré-pagamento. A utilização do regime de pagamento por US, associado às mais graves distorções na assistência hospitalar, é mais um indicador da aproximação da prática dessas cooperativas àquilo que elas condenavam (DONNANGELO, 1975; MENICUCCI, 2007).

<sup>151</sup> O assalariamento pode ser caracterizado mediante “o controle sobre a clientela, a posse dos meios materiais de trabalho e a liberdade na fixação do preço do trabalho” (DONNANGELO, 1975, p. 79)

<sup>152</sup> Essa oposição se localizou basicamente na Faculdade de Higiene e Saúde da USP, na Secretaria de Assistência Médica do INPS e em várias associações médicas do então Estado da Guanabara (DONNANGELO, 1975).

A oposição das diversas correntes de médicos à medicina de grupo baseava-se não só na prática de assalariamento e na superexploração de seu trabalho, acarretando baixos salários e exigência de alta produtividade, mas principalmente, no monopólio da clientela que essas empresas exerciam sobre seus pacientes, impedidos de buscar alternativas de assistência, limitando assim as possibilidades dos médicos que não faziam parte dessa organização de disputar essa clientela. A medicina de grupo representa a expressão mais acabada da lógica do capital na assistência à saúde, e o médico não tinha como escapar às suas determinações, como mero trabalhador que vende a sua força de trabalho aos donos dos meios de produção (CAMPOS, 1988).

A ampliação da intervenção do Estado na assistência médica, via previdência social, provocou a expansão do setor privado, e acarretou uma redefinição das formas sociais do trabalho médico, com a perda da propriedade e ou do controle dos meios de produção pelo produtor direto (o médico) e uma divisão social do trabalho entre os membros da categoria ocupacional. Surgem o médico empresário e o médico trabalhador. A posse dos meios de produção – os recursos materiais necessários para a execução do trabalho médico – junto com a captação de uma clientela difusa constituem o principal fundamento da existência do médico como produtor independente no mercado, a medicina liberal. A separação do produtor direto de seus instrumentos de trabalho subordina-o à monopolização de parte do mercado por grupos profissionais do topo da hierarquia médica, geralmente os especialistas. A homogeneidade profissional é substituída pela “diferenciação qualitativa entre compradores e vendedores da força de trabalho” (DONNANGELO, 1975, p. 78). Assalariamento e especialização – duas faces de um mesmo processo.

O desenvolvimento científico e tecnológico como parte da evolução mais geral das relações de produção capitalistas, ao mesmo tempo em que amplia as possibilidades de diagnóstico e cura de uma ampla gama de doenças, acarreta uma série de consequências para o desenvolvimento do trabalho médico e para a organização da assistência à saúde. A especialização e a necessidade de compartilhamento do trabalho, além da concentração nos hospitais dos instrumentos para a sua realização, relacionado à própria acumulação de capital no setor, são algumas dessas consequências que repercutirão negativamente sobre a estruturação de um sistema de saúde centrado na APS. Além disso, interpõe-se cada vez mais entre o médico e seu paciente uma ampla gama de equipamentos que tem transformado essa relação, com prejuízo para o doente, que vê o tempo para o relato de seus males, a troca de informações e o apoio para o seu sofrimento cada vez mais reduzido.

A expansão do conhecimento criou a impossibilidade de domínio por um único profissional de toda a gama de avanços da ciência médica. Assim, são constituídos os trabalhos parcelares, acarretando uma série de diferenciações no interior da profissão, seja em relação ao tipo de instrumento utilizado (raios X, ultrassonografia, endoscopia, etc.), seja do objeto do trabalho (diferentes faixas etárias, doenças específicas ou órgãos e sistemas do organismo humano) seja até mesmo em termos das ações técnicas a serem desenvolvidas (quimioterapia, hemoterapia, etc.). A medicina foi, então, recortada em diversos campos, o que acarretou a necessidade do trabalho complementar entre os profissionais que exercem as diversas especialidades, como forma de ampliar a compreensão da totalidade dos processos em evolução no corpo humano. Essa nova divisão de trabalho pressupõe uma complementaridade do trabalho, reduzindo as possibilidades do trabalho isolado de um profissional como na prática da medicina liberal (DONNANGELO, 1975).

O desenvolvimento da especialização da prática médica não correspondeu aos requisitos da realidade de saúde de populações, como no caso do Brasil, mas à necessidade de utilização de equipamentos e medicamentos produzidos pela indústria, portanto, à acumulação de capital na área da saúde. Estados que, em função da correlação de forças específicas de determinado momento histórico, implementaram sistemas universais de saúde, buscaram instituir alguma regulação desse processo de especialização, impedindo que ele inviabilizasse a organização do sistema. É sabido que a maior parte dos problemas de saúde da população, mesmo em sociedades industrializadas, não necessita de conhecimentos especializados para serem resolvidos (o que não significa uma medicina pobre), portanto, o perfil dos profissionais deveria responder a essas necessidades de saúde, e não às demandas da indústria da saúde. Exemplos desse tipo de organização foram adotados nos países europeus, onde se estabeleceu um processo de integração entre os diversos campos de ação da medicina, priorizando o profissional com conhecimento mais geral. Não foi o caso dos EUA, nem do Brasil, onde além de o mercado determinar o ritmo desse processo, as escolas médicas foram estruturadas como sustentação desse modelo, como se verá mais adiante.

Segundo Donnangelo (1975), algumas tendências presentes no livre mercado de produção e consumo de serviços médicos reforçam a especialização: recurso crescente, e muitas vezes desnecessário, ao trabalho mais especializado, de maior custo; abordagem dos problemas pelos especialistas nos limites estritos dos instrumentos técnico-científicos; controle do mercado pelos profissionais mais especializados, devido à maior valorização

social de seu trabalho, decorrente de seu contato mais direto com meios mais “avançados” de trabalho. Portanto, esse processo de especialização advém não só da divisão técnica do trabalho, mas principalmente, da ação dos produtores para a conquista de parcelas do mercado. Para a autora, a mudança desses mecanismos de mercado não pode se dar inteiramente apenas com base na “reorientação educacional” ou na “racionalização interna do processo de produção” (DONNANGELO, 1975, p. 57). A formação de um médico generalista que atue na linha de frente do sistema de saúde, ocupando posição significativa na produção de serviços pelo Estado, funcionaria como um elemento corretivo daquelas tendências do mercado, mesmo que ainda limitado.

Entre os fatores presentes na sociedade brasileira, na segunda metade do século XX, que determinaram o ritmo acelerado do processo de especialização da prática médica destacam-se: industrialização e urbanização propiciando concentração de recursos econômicos e mudança no perfil de consumo de parte da população; modalidades de intervenção do Estado na produção de serviços de saúde centrada na diferenciação do trabalho médico, em função da prioridade dada à compra de serviços hospitalares privados; valorização do profissional especializado na organização do mercado de trabalho médico; formação centrada no espaço altamente tecnificado do hospital-escola e na utilização ampla de tecnologia cada vez mais diversificada, acarretando a valorização das áreas especializadas na estrutura formal das escolas, e induzindo precocemente os alunos à especialização.

No estudo realizado por Donnangelo (1975), sobre a profissão médica na Grande São Paulo, em 1971, foram identificadas 38 especialidades<sup>153</sup>: 15 clínicas (48,1%), 17 cirúrgicas (39,5%), 8 complementares de diagnóstico e terapêutica (5,6%) e 8 outras (6,8%). As especialidades básicas apresentaram maior proporção: pediatria (12,6%), obstetrícia e ginecologia (11,5%), medicina interna (9,1%), clínica geral (8,8%) e cirurgia geral (7,4%), totalizando um significativo percentual de 49,4%. Além dessas, excluindo a psiquiatria (6,3%), todas as demais apresentaram um percentual inferior a 3,6%, revelando uma grande dispersão entre as diversas especialidades. A pesquisa também detectou uma tendência ao aumento da participação dos especialistas no mercado, pois o trabalho nas áreas mais gerais situava-se no início da carreira, com um deslocamento posterior no sentido da especialidade, expressando a busca por melhores oportunidades de trabalho

---

<sup>153</sup> No mesmo período, um estudo no Rio de Janeiro revelou a existência de 54 especialidades. Para se ter uma ideia de como esse processo de especialização se acelerou, em 2012, o CFM reconheceu 53 especialidades médicas e 54 áreas de atuação. Essas últimas devem corresponder a parte do que foi considerado especialidade na pesquisa de Donnangelo (1975).

(melhorias técnicas) e uma maior valorização social e financeira. A autora concluiu que, a persistirem os fatores relacionados com a diferenciação profissional, ocorreria um “esvaziamento” das áreas mais gerais. Entretanto, é preciso ressaltar que esse quadro encontrado na região mais industrializada do país, provavelmente não correspondia ao de outras regiões menos beneficiadas pelo desenvolvimento capitalista, pelo menos naquele momento; mas propiciou uma ideia do que estava por vir.

Além do assalariamento, a coexistência de diversas situações de trabalho, que envolvia 83,4% dos profissionais pesquisados, era a principal característica presente na pesquisa de Donnangelo (1975). Essa multiplicidade de atividades evidenciava uma tentativa de ajustamento por parte dos médicos às novas condições de trabalho, no sentido de conciliar o assalariamento com as formas tradicionais, tanto pela busca de maior autonomia, como para manter um padrão de remuneração e prestígio social. A multiplicidade de empregos também era determinada pelos baixos níveis salariais (considerado pelos profissionais o principal fator): 39,1% informaram ter dois empregos e 18,4%, três ou mais. Outra consequência foi o elevado número de horas de trabalho contratadas, particularmente entre os que possuíam mais de uma situação no mercado de trabalho: 73,8% trabalhavam entre 61 e 80 horas, e até mais de 80 horas semanais. O que pode acarretar uma dificuldade real para o cumprimento efetivo dessa jornada de trabalho e a consequente deterioração da qualidade do trabalho realizado, o que ocorre particularmente no trabalho público.

Campos (1988) estudou a prática política dos médicos no período de 1970 a 1984, e identificou três correntes: os kassabistas<sup>154</sup>, que controlaram as principais entidades desde a fundação da AMB, em 1952, até o início dos anos 1980, defensores da medicina liberal, propunham que o modelo de cooperativas médicas (UNIMED) fosse dominante no sistema brasileiro e não apenas uma forma complementar ao sistema público; o REME, oposição aos kassabistas, surgida em 1978, com o processo de assalariamento médico, construiu-se na defesa dos interesses desse grupo (salários e condições de trabalho), e assumiu uma postura de oposição ao regime militar; e os neoliberais, que ganharam influência nos anos 1980, tornando-se depois hegemônicos, representavam a retomada, com novas tintas, dos ideais liberais, reconheciam o assalariamento da categoria, mas preconizavam a produção autônoma de serviços médicos, por meio do consultório (pequena propriedade) e de organizações privadas maiores, as cooperativas médicas. Do

---

<sup>154</sup> Seguindo a tradição do movimento médico de assumir o nome de seus líderes, kassabismo deriva do nome do principal líder: Pedro Kassab.

mesmo modo que os kassabistas, os neoliberais consideravam que a função principal do Estado na saúde era financiar a prestação de serviços privados, porém, defendiam que o setor público se responsabilizasse pela parcela dos que não podiam pagar e que não eram vinculados à previdência social, pois isso representaria uma ampliação do mercado de trabalho médico.

Como constatou Campos (1988), nenhuma das correntes defendia a socialização dos serviços de saúde ou o monopólio do Estado na prestação da assistência médica, apesar de o REME ser a favor de uma maior participação pública, como possibilidade de expansão do emprego e do acesso da população aos serviços de saúde. Critérios ideológicos (autonomia, ética) e outros ligados aos interesses imediatos dos médicos (nível de rendimentos, controle do processo de trabalho, condições de trabalho) determinavam seu posicionamento em relação às diversas formas de organização privada da prestação de assistência. Kassabistas e neoliberais defendiam a identidade entre os interesses dos médicos e os dos produtores privados considerados “éticos” (hospitais privados e filantrópicos, cooperativas e trabalho de consultório), pois neles os médicos preservavam sua autonomia. A diferença é que os neoliberais admitiam o assalariamento em empresas, desde que fosse garantido salário adequado e carreira profissional. A oposição à medicina de grupo era consensual, em função da perda de autonomia e da disputa de mercado. As duas principais correntes apresentavam um distanciamnto do movimento dos trabalhadores e da população em geral, além de uma tendência a alinhar-se com o setor privado, no confronto com o Estado. O REME, ao contrário, defendia s identidade dos médicos assalariados com os demais trabalhadores, considerados seus principais aliados políticos; com ele, as entidades médicas assumiram destacado papel na luta pela democratização e pela aprovação da proposta da saúde na ANC.

Como Ricardo Bruno Gonçalves<sup>155</sup>, que concluiu pela inexistência de identidade entre os médicos assalariados e os trabalhadores, em função de sua inserção diferenciada na estrutura produtiva e da função social de sua prática, Campos (1988) constatou que os interesses dos médicos, no período estudado, apresentaram muitos pontos em comum com os prestadores capitalistas de serviços de saúde. Como exemplos dessa convergência, o autor destacou: reivindicação de ampliação dos investimentos públicos nos hospitais privados (onde trabalhavam milhares de médicos); luta prolongada pela manutenção do

---

<sup>155</sup> Ricardo Bruno Gonçalves foi um dos pioneiros no Brasil no estudo sobre o trabalho médico, com sua Dissertação de Mestrado, na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, intitulada “Medicina e História, Raízes Sociais do Trabalho Médico”, 1979.



pagamento do Inamps por meio da US<sup>156</sup> que aumentava os rendimentos do capital e dos médicos; resistência à modificação do contrato entre a previdência e os médicos e hospitais, que favorecia o interesse desses. Campos (1988) também denunciou a conivência dos médicos com as práticas dos hospitais privados para ampliar seus lucros: execução de atos desnecessários e registro de atos não realizados; manipulação para aumentar os atendimentos de emergência, prática favorecida pelo Plano de Pronta Ação do governo, cuja consequência foi o reforço da cultura de busca pelo hospital em situações não consideradas de urgência.

Um novo acirramento dos conflitos entre os médicos e o projeto público se daria no final do regime militar, diante das propostas racionalizadoras do governo de reestruturação dos serviços de saúde (Prev-Saúde, Plano Conasp e AIS), que representaram uma nova ameaça para os médicos. A extensão de serviços básicos, neles prevista, visava à ampliação do acesso não apenas aos grupos formalmente inseridos no mercado de trabalho, o que aumentaria a concorrência com as cooperativas médicas e os consultórios credenciados, que tinham no atendimento ambulatorial a sua principal clientela. Assim, o “pequeno produtor”<sup>157</sup> exerceu pressões políticas, por meio de suas entidades, no sentido de reduzir os investimentos públicos para esses serviços, com a expectativa de limitar sua qualidade e produtividade e, portanto, sua capacidade de concorrência (CAMPOS, 1988, p. 209). Isso dá uma medida das dificuldades que a proposta de universalização enfrentaria não só por parte dos grupos empresariais, mas, também, de boa parte dos executores das ações de saúde.

A realidade da profissão era, porém, bastante complexa e diversificada, em função da própria heterogeneidade de sua inserção na produção dos serviços. Como exemplo dessa diversidade política, é no seio de setores médicos que surgem as principais propostas da reforma sanitária. O movimento sanitário, como analisado no Capítulo II, se constituiu em elemento estratégico para a consecução do objetivo de transformar a saúde em direito social a ser garantido pelo Estado, integrando ações preventivas e curativas, e incorporando uma concepção ampliada de saúde. Alguns dos principais componentes desse movimento eram originários dos DMPS das escolas médicas e dos quadros atuantes na saúde pública, os médicos sanitaristas, que, apesar de sua diversidade política, construíram um grau de

---

<sup>156</sup> O sistema de pagamento a médicos e hospitais conveniados com o Inamps por meio da US baseava-se na produção de atividades e atos médicos, que favorecia uma série de distorções e fraudes. Foi substituído, em 1983, pelo pagamento por Autorização de Internação Hospitalar (AIH), em que o pagamento se dá por procedimento realizado ou patologia tratada, com forte resistência por parte dos médicos (CAMPOS, 1988).

<sup>157</sup> Campos (1988) adota a designação de pequeno produtor aos médicos que trabalhavam de forma isolada no mercado de trabalho e dispõem de um controle parcial dos meios de trabalho e da clientela.

unidade, no período de luta democrática, que permitiu avançar uma proposta de reforma, contando para isso, com a ascensão do movimento social e da luta democrática.

Entretanto, esse movimento também apresentava suas clivagens. Uma das questões que o dividia era o que se pode chamar de profundidade da reforma. Enquanto o setor mais à esquerda defendia a estatização do sistema de saúde, outro considerava aceitável a participação da iniciativa privada de forma complementar, posição que acabou prevalecendo nos fóruns da reforma sanitária e na CF. Havia outra questão que contrapunha setores do movimento sanitário: a relação com o Estado e com os movimentos sociais. Alguns consideravam que o caminho da reforma tinha como centro a atuação dos quadros do movimento nas instâncias do aparelho de Estado, como meio de influenciar a adoção de medidas pró-mudanças, desconsiderando os limites impostos a essa interferência pelo próprio caráter de classe do Estado. Outros, sem negar a importância dessa atuação, consideravam necessária a aproximação com os demais movimentos sociais e de trabalhadores, como forma de fortalecer o campo interessado nas reformas. Essas concepções representavam as diferentes ideologias presentes no movimento sanitário, que por sua vez, refletiam os diversos interesses em disputa. As entidades médicas participaram do processo Constituinte, por meio da PNEs; entretanto, a maioria dos médicos provavelmente assistia com preocupação os desdobramentos que essas mudanças trariam para sua prática profissional.

Campos (1992) ao analisar os primeiros anos de implantação do SUS, concluiu que persistia a hegemonia do modo neoliberal de produção de serviços, cuja marca básica seria a

composição de elementos e de diretrizes **da prática clínica tradicional** com uma série de imposições do desenvolvimento social e econômico: como o surgimento de **novas técnicas de diagnóstico e terapêutica obrigando a capitalização do setor**, a pressão por acesso aos serviços, viabilizada, em grande medida, pelo Estado (CAMPOS, 1992, p. 55). (sem grifo no original)

Para o autor, não se pode menosprezar a influência da autonomia profissional na estruturação dos modos de produzir serviços de saúde, pois essa prática não estaria em processo de desaparecimento e sim de incorporação, sob novas bases, aos projetos de ampliação do acesso à assistência médica. Como analisado anteriormente, não ocorreu na medicina uma separação completa entre os que planejam e os que executam as ações de saúde, devido ao papel dominante do saber técnico. No geral, os médicos possuem um poder significativo sobre a organização do processo de trabalho e dos serviços de saúde,

conservando um grau razoável de autonomia profissional. Mesmo com o desenvolvimento tecnológico, não houve diminuição da força de trabalho, e os médicos conservaram sua influência em função do monopólio do saber, uma vez que são os responsáveis pela captação de clientela e pela utilização de novos equipamentos. Assim, apesar da crescente especialização e da divisão do trabalho, não se configurou na saúde nada comparável a uma linha de montagem, o que também facilitou a preservação da autonomia (CAMPOS, 1992).

Outro efeito da especialização e do parcelamento do trabalho foi a fragmentação do processo de trabalho e do seu objeto. No lugar do doente, algumas especialidades passam a lidar diretamente com equipamentos relacionados com exames diagnósticos e práticas terapêuticas. Assim, cria-se o procedimento, que se destaca do processo de cura, podendo ser remunerado independente do resultado do trabalho, como ocorre no SUS (que manteve a forma de pagamento própria dos serviços privados). Por alterar a relação direta do médico com seu paciente, esse processo contribui para diluir o compromisso dos profissionais com a melhoria da saúde individual e coletiva. Além disso, segundo Campos (1992), mesmo a divisão de trabalho no sentido vertical, entre os trabalhadores com diferentes conhecimentos e habilidades, dá-se apenas na forma de delegação de cuidados menos complexos, não guardando semelhança com a da indústria. Essa peculiaridade possibilitou que os médicos se integrassem aos hospitais-empresa e aos demais serviços preservando parte importante de seus atributos de produtores autônomos, o que significa liberdade técnica e clínica, apesar da subordinação administrativa (CAMPOS, 1992).

Essa forma de integração “autônoma” dos médicos determina a existência de um duplo comando nos hospitais: de um lado, o diretor ou superintendente, que administra aspectos financeiros e materiais e todo o pessoal, exceto os médicos; e, de outro, o chamado “corpo clínico”, responsável pela negociação dos interesses dos médicos junto à direção, que contam com a prerrogativa de uma “autonomia funcional” reconhecida até mesmo nos hospitais com rígida hierarquia da Inglaterra. A fórmula de sucesso do hospital moderno capitalista repousa, portanto, na

composição de interesses empresariais ou organizacionais com corporações profissionais, sempre conservando a preocupação de adaptá-los às demandas do mercado, aos padrões de política social do Estado e, ainda, às normas legitimadas pelo saber médico-sanitário (CAMPOS, 1992, p. 61).

Como apreendido da história da medicina nos EUA, também no Brasil, houve uma conjugação de interesses em torno da implementação da forma liberal de produção de

serviços de saúde, particularmente no seu *locus* central, o hospital. Tanto para os produtores autônomos, os médicos, como para os hospitais-empresas, quanto maior a produtividade e a rotatividade de casos, maior os honorários e os lucros, de uns e de outros. Assim, a lógica que preside o processo de trabalho é a da concorrência, pois quanto maior o prestígio da empresa no mercado, maior a chance dos médicos conseguirem aumentar sua clientela, e vice-versa; quanto mais aumenta a clientela, maiores os lucros. No Brasil, em função do baixo poder aquisitivo da maioria da população, a ampliação do acesso à assistência só pôde se dar por meio da intervenção do Estado. Porém, a expropriação dos meios de trabalho dos médicos pelas empresas e pelo Estado, com o desenvolvimento do trabalho assalariado, não eliminou a autonomia profissional, adaptou-a a novas bases.

Por outro lado, como nos EUA, não houve uma expropriação completa dos meios de trabalho, pois uma parcela significativa dos médicos, cerca de dois terços deles<sup>158</sup> no Brasil, trabalha em consultórios particulares e boa parte participa de cooperativas médicas, a segunda principal modalidade de atenção privada, depois da medicina de grupo. É bem verdade, que o trabalho no consultório tem sofrido, de forma crescente, sérias restrições à autonomia médica, em função da dependência em relação aos convênios privados, que estabelecem a clientela e fixam a remuneração pelo atendimento. Assim, embora exista um significativo assalariamento,

os pequenos produtores preservaram uma autonomia relativa em sua relação com a clientela, com os meios de trabalho e entre si. Não se configurando como uma situação de transição, já que essas modalidades tendem ao crescimento e se reproduzem em todos os países capitalistas onde não houve socialização dos serviços de saúde (CAMPOS, 1992, p. 65).

A rede de consultórios privados, empresas médicas, e planos e seguros privados de saúde, cujo eixo se encontra no hospital, conforma uma base concreta para a manutenção do modo liberal de produzir serviços de saúde, impondo sua lógica a todo o sistema de saúde. Como a rede hospitalar e especializada privada detem a hegemonia das ações no sistema, e os médicos mantêm uma multiplicidade de vínculos, conforme análise da pesquisa AMS/IBGE, no Capítulo III, eles transitam entre os serviços públicos e privados, constituindo-se em elementos de influência da lógica mercantil, no interior dos serviços públicos.

A resistência de boa parte dos médicos às diretrizes do SUS manifestou-se de duas maneiras: a primeira, diante da ameaça de algum controle e avaliação, decorrente do

---

<sup>158</sup> Em 2003, a proporção de médicos que atuava em consultórios, segundo a pesquisa CFM 2004.

assalariamento, que poderia inviabilizar a manutenção dos múltiplos empregos; a outra, relativa ao princípio da integralidade, uma vez que a cultura clínica individual impõe dificuldades de incorporar aspectos psicológicos, sociais e de saúde pública à prática médica e de se integrar ao trabalho em equipe. Essa última resulta dos problemas da chamada “medicina científica”<sup>159</sup>, excessivamente centrada na atenção individual e na realização de procedimentos, com ênfase nos aspectos biológicos, dificultando uma abordagem mais abrangente dos problemas de saúde e o trabalho em equipe. Essas resistências geralmente se expressam sob a forma de desvalorização do trabalho nos serviços públicos, descumprimento das jornadas de trabalho e não envolvimento com as metas de melhoria dos níveis de saúde da população, com sérias consequências para a qualidade dos serviços e para o seu reconhecimento pelos usuários (CAMPOS, 1992).

Essa resistência também se manifestou por meio da elaboração de propostas concretas para garantir a continuidade e consolidação do modelo médico-hegemônico. Nos primeiros anos do SUS, por meio de suas principais organizações, os médicos constituíram-se no que Campos (1992) denominou de “intelectual coletivo” do projeto neoliberal, o setor mais ativo do bloco antirreformas universalizantes, contribuindo com argumentos e ideias. Dois documentos são exemplos dessa postura: “Plano de Assistência Médica Viável”, elaborado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), em 1989, uma síntese das diretrizes do bloco neoliberal; e “Plano de Saúde”, elaborado pela Associação Paulista de Medicina (APM) e aprovado pela AMB, visava à compatibilização dos interesses da categoria médica e dos hospitais privados e filantrópicos com o atendimento de alguns direitos sociais previstos no SUS.

O eixo dessas propostas era a distinção entre interesses e bens coletivos, considerados campo de responsabilidade estatal, de um lado e, de outro, necessidades individuais, consideradas seara da iniciativa privada, para as quais o Estado seria, no máximo, um intermediário financeiro para os estratos mais pobres. Ou seja, ao Estado caberiam ações coletivas de saúde pública e o financiamento da assistência privada para os segmentos sem poder de compra, enquanto a iniciativa privada, incluindo os pequenos produtores, ficaria com a assistência médica individual. Concretamente, as entidades médicas propunham o credenciamento universal de consultórios particulares para o

---

<sup>159</sup> Convencionou-se denominar medicina científica, à medicina que surge a partir das transformações capitalistas ocorridas no hospital, transformando-o em local de cura, que propiciou a emergência do método anátomo-clínico, que conferiu o caráter de ciência à medicina. Essa mudança representou ganhos de eficácia técnica na cura dos problemas de saúde, mas, acarretou, também, uma busca cada vez maior da objetividade como sinônimo de ciência (SCHRAIBER, 1989).

atendimento básico, ficando as unidades públicas responsáveis pela assistência aos setores economicamente impedidos de acessar o setor privado: os trabalhadores sem planos coletivos de empresas, os moradores das periferias, os desempregados, os pobres em geral. Em síntese: uma APS para os pobres e consultórios privados para os demais – proposta semelhante às dos médicos norte-americanos.

Para superar o modelo hegemônico e implantar efetivamente o SUS, Campos (1992) considera que, além de uma rede básica abrangente, é preciso transformar a clínica, limitada nesse modelo ao papel de reprodução da força de trabalho, focada na medicalização dos problemas afetivos e sociais. Uma nova clínica deve se apoiar no trabalho em equipe e no compromisso coletivo com a solução dos problemas concretos das pessoas a ela vinculadas, como forma de esvaziar o hospital e retirá-lo do lugar central no sistema de saúde, o que depende em grande medida da expansão e qualificação da APS. Impõe-se, portanto, a transformação do próprio hospital e da forma como nele se desenvolve a prática médica, integrando-o efetivamente ao sistema, atendendo progressivamente apenas às demandas encaminhadas pelos demais serviços, constituindo-se, portanto, numa unidade de apoio para casos específicos que dele necessitem. Para isso, o processo de trabalho também tem que ser transformado, constituindo equipes multiprofissionais, que quebrem a hierarquia tradicional e integrem os médicos em processos de cuidado mais coletivos, além de permitir o acompanhamento por profissionais da APS a seus pacientes internados, como forma de abrir o corpo clínico.

Porém, o autor ressalta que, essas mudanças pressupõem uma transformação importante na relação do SUS com os serviços privados, submetendo-os à lógica do interesse público, com a participação direta do Estado na gestão de todos os serviços privados contratados, como forma de determinar a aplicação das diretrizes do sistema público em todo atendimento realizado por meio de seu financiamento. Acrescentamos que, mais que isso, pressupõe uma mudança de orientação política que possibilite ampliar significativamente o financiamento público, de forma a inverter, progressivamente, a hegemonia privada. Uma mudança radical na forma como o Estado tem implementado as políticas de saúde, mais como financiador e facilitador dos negócios privados, do que como efetivador do direito social, o que dificilmente ocorreria sem uma pressão extraordinária dos interessados, os trabalhadores.

Portanto, o aprofundamento da reforma sanitária passa necessariamente pela transformação do saber e da prática médica. Com a chamada medicina científica, apoiada na clínica anatomopatológica, o processo de trabalho médico tornou-se cada vez mais

pautado pela objetividade, com perda de espaço dos aspectos subjetivos, considerados não científicos. À medida que foram se desenvolvendo os instrumentos de trabalho e, posteriormente, os equipamentos diagnósticos, esses funcionaram como indutores e garantidores de uma maior objetividade. A clínica, construída sob amplo domínio da subjetividade (a queixa do doente), com a anatomopatologia e esse instrumental, passa a se configurar como uma “clínica armada”, mediada por procedimentos diagnósticos e terapêuticos, com diminuição da pessoalidade e sob domínio crescente da objetividade (SCHRAIBER, 1993b). Não que a objetividade seja um problema em si, mas reduzir a clínica a esse aspecto empobrece a relação médico doente e limita o ato de cuidar. O surgimento da medicina flexneriana reforçou essa direção ao centrar sua abordagem na biomedicina, reduzindo um processo social aos aspectos biológicos, e a sua compreensão à visão mecanicista e positivista da realidade.

Além disso, a medicina e as demais profissões da saúde têm como base para a compreensão do processo de adoecimento, o modelo da história natural da doença, que, conforme discutido no Capítulo 1, tornou-se mais um fator de empobrecimento da intervenção médica, limitando-a à busca dos desvios da normalidade e do enquadramento em diagnósticos vinculados à prescrição terapêutica. Para Camargo Júnior’ (2003), há uma “doutrina da não-doutrina”, que mesmo não escrita, constitui a espinha dorsal da “ciência médica” e que pode se resumir em um número pequeno de proposições:

as doenças são coisas, de existência concreta, fixa e imutável, de lugar para lugar e de pessoa para pessoa; as doenças se expressam por um conjunto de sinais e sintomas, que são manifestações de lesões, que devem ser buscadas por sua vez no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta (CAMARGO JÚNIOR, 2003, p.117).

Não é difícil imaginar como essa racionalidade médica que reduz a clínica à busca objetiva de lesões serve a um modelo de atenção à saúde apoiado no uso excessivo de exames complementares e na prescrição indiscriminada de medicamentos, que favorece os interesses da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos, ou seja, à lógica de capitalização da saúde. Esse modelo desvaloriza a subjetividade do paciente, a do próprio médico e da sua relação, além de excluir a dimensão social da compreensão do adoecimento, reduzindo o doente à doença, como se ele não tivesse história, trabalho, família, concepções culturais e ideológicas. Sabe-se, porém, que o processo de diagnóstico e de cura se baseia na relação entre esses dois sujeitos – o médico e o paciente –, com suas

histórias, inserções de classe, visões de mundo, e que a adesão ao tratamento e, portanto, as chances de um resultado favorável, dependem muito de como essa relação se dá.

Por isso, não há como avançar a reforma sanitária sem dar passos concretos para mudar a prática dos médicos e dos demais profissionais de saúde, uma vez que esses também têm seu modelo centrado na biomedicina. Isso significa mudar a relação dos profissionais com os usuários dos serviços e o modo como realizam as ações de saúde. É imperativo transformar a clínica, incorporando conhecimentos da psicologia (aspectos subjetivos), da epidemiologia (ferramenta para identificar as necessidades de saúde, mesmo que limitada) e da sociologia, e integrar os médicos e demais profissionais a um processo de trabalho em equipe, que propicie o desenvolvimento da sua própria consciência sanitária e da coletividade (CAMPOS, 1992). Como parte dessa reforma, é necessário mudar a formação médica.

## **5.2 Educação médica no capitalismo**

A educação vista como prática vinculada à estrutura social e não como um processo autônomo tem o papel, no capitalismo, de suprir as necessidades da produção econômica, mas, principalmente, a função de produção e legitimação da ideologia dominante. A primeira diferenciação da educação ocorreu antes do capitalismo, com as sociedades de classes, quando a divisão técnica do trabalho produziu saberes específicos dos dominadores, não acessíveis aos dominados e foram criadas estruturas educacionais diversificadas para uns e outros. Com o capitalismo, ocorre uma nova transformação: primeiro, uma unificação da estrutura educacional, a escola constitui-se como corpo separado, consolidando o afastamento da educação em relação ao ambiente de trabalho, e superando a diferenciação anterior; segundo, uma uniformização legal do ensino, decorrente da padronização de conteúdo e de práticas educativas, com a instituição de um “sistema” educativo, que se pretende disponível “igualmente” para todos, independente de classe social (SCHRAIBER, 1989).

Entretanto, apesar da aparência de igualdade, a divisão de classes da sociedade capitalista constitui a base para a persistência da diversificação escolar, porém, de forma mais complexa e dissimuladora dessa natureza. Apesar de se consolidar como “corpo separado” e “igualmente disponível” para todas as classes, a escola reflete a divisão técnica do trabalho e a separação do trabalhador dos meios de produção, que se expressa na fragmentação da sua qualificação e do próprio saber. Assim, o trabalhador direto se



encontra excluído de um determinado saber valorizado socialmente, e é a posse desse saber que caracteriza outro tipo de trabalho, o trabalho intelectual, em oposição ao manual. A apropriação da ciência pelo capital produz o monopólio do saber pelo trabalho intelectual, o qual consolida a legitimação do poder por meio do exercício da autoridade, conferida pela posse do saber. As práticas educativas legitimam relações políticas e ideológicas de dominação, contribuindo para a construção da hegemonia ideológica no conjunto da sociedade. Esse é um dos principais papéis da educação no capitalismo: a inculcação dos valores dominantes (SCHRAIBER, 1989).

Os parâmetros para a compreensão da educação escolar no modo de produção capitalista são assim sintetizados:

fragmentação da qualificação e também do saber; separação entre o trabalho manual e o intelectual, mediante a valorização do trabalho intelectual e a desvalorização do primeiro, e conseqüente estabelecimento de uma hierarquia de qualificações do trabalho na medida de sua maior ou menor pendência para o lado do trabalho intelectual (SCHRAIBER, 1989, p. 41).

A escola capitalista, por essas características, segundo a autora, volta-se para o trabalho intelectual, portanto não capacita o trabalhador manual, pois sua formação é essencialmente um saber técnico, não transmitido por essa escola, mas no próprio processo de trabalho. Porém, é nela que o trabalhador manual vai buscar sua capacitação, como meio de ascensão social, não conseguindo, porém, permanecer nela por muitos anos. O abandono da escola pelo trabalhador é expressão dos mecanismos de seleção que desmascaram a sua pretensa disponibilidade igual para todos. A própria qualificação do trabalho intelectual, que se dá na forma de instrução de um ramo parcelar do saber, não se traduz em inserção igual no mercado de trabalho, em função de diferentes hierarquias de competência técnica. Assim, a suposição de que a escola é um instrumento de ascensão social acessível para todos, por meio da aquisição de competência técnica, não se sustenta com uma análise mais profunda.

A imagem de igualdade acessível para todos, na realidade, só se concretiza como promoção/ascensão para alguns, pois ocorre uma seleção na igualdade. Essa seleção é apresentada, pela ideologia dominante, como resultado não das limitações da concepção da escola e das desigualdades sociais, mas da capacidade individual, como uma qualidade “natural”, uma aptidão, que justificaria a desigualdade do resultado. Portanto, caberia à escola, na sociedade capitalista, apenas selecionar os mais “capazes”, para qualificá-los, conferindo a esses o monopólio do saber, o que se apresenta como uma “garantia” de sua

promoção. A qualificação, assim, reveste-se de um valor de troca no mercado, o que faz com que a escola contribua para a reprodução da divisão de classes (SCHRAIBER, 1989).

O trabalho médico reveste-se de importância particular no modo de produção capitalista em função do papel que ele assume na manutenção e recuperação do corpo do trabalhador, como força de trabalho, mas também na legitimação ideológica do sentido dessa força de trabalho como valor de uso para o capital. A ideologia dominante oculta as relações de classe e as transfigura de um modo particular, transformando as relações de produção em relações de competência técnica individual, esvaziando o papel determinante do pertencimento a classes sociais distintas nas situações sociais diferentes, que passam a ser justificadas por supostas diferenças de competência individual. É o indivíduo, e não a sociedade, o responsável pela sua condição. As determinações sociais são transfiguradas em razões de ordem “biológica” (técnica), o que facilita a aparência de que os agentes da produção seriam socialmente iguais (SCHRAIBER, 1989).

Historicamente, como vimos, a prática médica assumiu uma destinação desigual para as diferentes classes sociais, como no modo de produção feudal, quando o cuidado médico era assegurado apenas à nobreza e ao clero. Isso se expressava também na organização técnica e social diferenciada do trabalho: de um lado, o trabalho dos físicos – a medicina interna – mais intelectual, socialmente valorizado por suas afinidades com a ideologia dominante; de outro, o trabalho dos cirurgiões – a medicina do corpo –, para o qual não se exigiam grandes elaborações, desenvolvido por uma espécie de artesão. A formação, como decorrência disso também era diferenciada: enquanto os cirurgiões se qualificavam no exercício profissional nas corporações de ofício, os físicos recebiam um saber mais amplo nas universidades, voltado para uma atividade de natureza intelectual (NOGUEIRA, 2007).

As escolas médicas medievais eram instituições eclesiásticas, como os hospitais e, respaldadas nessa autoridade, exerciam o papel de formar médicos internistas (físicos), ditar normas para o exercício dessa medicina, e supervisionar a prática dos cirurgiões e dos boticários para que não extrapolassem suas atribuições. Constituíam-se, assim, na principal instituição da organização social da medicina, e no ponto de articulação entre essa prática e a ideologia dominante na sociedade feudal. Os clérigos detinham o monopólio da transmissão do saber, uma de suas principais atividades, constituindo-se nos intelectuais da classe dominante. As universidades medievais tinham a função de formar e controlar as principais profissões urbanas pelo seu papel ideológico: o padre, o advogado e o médico. Assim, as escolas médicas surgiram estreitamente ligadas ao direito e à teologia,

configurando-se a última como uma formação prévia às outras duas. Porém, essas escolas, não se destinavam ao conjunto dos que praticavam a atividade da cura, apenas à sua elite, os físicos, que desfrutavam da autoridade do saber abstrato, intelectual, ideologicamente ligado à visão da classe dominante (NOGUEIRA, 2007).

As universidades eram congregações de intelectuais, caracterizadas como corporações, pois incluíam todos os mestres em medicina da cidade, mesmo os não vinculados à educação. O curso da corporação dos físicos, pela sua natureza intelectual, era restrito à transmissão do saber por meio de exposições e debates sobre obras de pensadores como Hipócrates e Galeno, e discussão de conceitos e normas, com três ou quatro anos de duração, sem aprendizado prático, pois suas prerrogativas profissionais baseavam-se no saber abstrato. Ao final do curso, o bacharel comprometia-se com o exercício prático por um ano, como requisito para se tornar mestre. O processo pedagógico dos físicos baseava-se no caráter coletivo do ensino, com vários mestres transmitindo um saber uniforme, à parte do exercício da profissão. O ensino era gratuito, um privilégio garantido somente aos físicos, uma habilitação intelectual centrada na ideologia dominante e inspirada na presença constante dos poderes eclesiásticos. Assim se conformava o médico, que na Idade Média se caracterizava por ser um intelectual orgânico da classe dominante (NOGUEIRA, 2007).

Os cirurgiões, ao contrário, como categoria técnica e socialmente inferior, dado o caráter manual de seu trabalho, eram preparados por um mestre de arte, credenciado pela guilda da cidade. As guildas cirúrgicas eram entidades municipais e civis, cujo poder era legitimado pelos representantes da ordem temporal (príncipe, rei ou imperador) e não da Igreja, na qual cada mestre de arte mantinha isoladamente seus discípulos, em uma relação patriarcal semelhante à de outros ofícios instrumentais. A cirurgia, por ser uma técnica, tinha de ser ensinada em uma relação direta e concreta com os instrumentos de trabalho. O aprendizado apoiava-se no ver fazer e no fazer, com o objetivo de desenvolver a capacidade do manejo instrumental e o discernimento de como e com que operar. Uma formação desenvolvida de forma privada e isolada, no contexto da prática cotidiana do mestre-cirurgião, apesar de a guilda cirúrgica ser uma entidade organizada em torno de interesses e compromissos coletivos. Além disso, diferentemente dos físicos, o futuro cirurgião cumpria formalidades e pagava para acessar uma corporação como aprendiz. Porém, como corporações, as universidades e as guildas cirúrgicas manifestavam o mesmo espírito de defesa dos interesses profissionais (NOGUEIRA, 2007).

O modo de produção capitalista produz o surgimento do hospital terapêutico moderno, acarretando mudanças significativas na prática médica, no seu objeto, na atividade de trabalho, nos meios de trabalho, no saber e na educação. No hospital, ocorre a aproximação da atividade dos físicos e dos cirurgiões, que passam a realizar conjuntamente o seu trabalho, configurando-se uma cooperação dentro da divisão técnica do que virá a se constituir como uma única profissão. Assim, ocorre uma unificação do saber médico, ficando os conhecimentos específicos relativos à prática clínica e à prática cirúrgica como campos parcelares desse saber comum. Surge, nesse processo, a clínica anatomopatológica, sob influência maior da cirurgia, que havia se desenvolvido mais que a medicina interna, no período anterior. A anátomoclínica marca a emergência da medicina científica e expressa a combinação singular entre ensino e prática no hospital, com ganhos de eficácia técnica na cura dos problemas de saúde, mas com uma busca cada vez maior da objetividade como sinônimo de ciência. Foi, portanto, sob a forma de práticas hospitalares que o trabalho médico se reorganizou no modo de produção capitalista (SCHRAIBER, 1989; NOGUEIRA, 2007).

Outras alterações se processam na prática médica: o hospital passa a ser um conjunto de “meios individualizados” em um espaço coletivo, um espaço coletivo mas individualizado e isolado do social. Os doentes são tomados como “indivíduos biológicos” e os seus processos de adoecimento reduzidos aos aspectos biológicos, o que faz com que a definição de normal e patológico seja reduzida à “manutenção ou alteração das regularidades estruturais do corpo, esse mesmo reduzido apenas a uma estrutura anátomo-fisiológica”. O conhecimento produzido dessa forma reduz o coletivo a “generalizações técnicas e científicas, iguais para o conjunto dos corpos” (SCHRAIBER, 1989, p. 95). Essas concepções representam a tradução no saber médico da ideologia dominante no modo de produção capitalista, segundo a qual os corpos são socialmente homogêneos e compostos de individualidades. Além disso, como trabalho intelectual, mesmo executando procedimentos com caráter de técnica (uma intervenção manual sobre o corpo), o trabalho médico sofreu progressivas divisões técnicas e sociais, resultado de sucessivas diferenciações (especialização), produzindo diferenças hierárquicas na situação social dos médicos e nas relações entre eles, relacionadas a diferentes valorizações sociais.

As características da prática médica determinarão em grande medida o processo de qualificação do médico. Os referenciais da naturalização dos processos sociais e da suposta igualdade social orientarão as práticas educativas, em relação ao conteúdo, às técnicas didáticas e às estruturas que lhe darão suporte. Uma primeira característica é a

capacitação em conhecimentos relativos ao corpo normal e patológico e em técnicas de intervenção no corpo (diagnósticas e terapêuticas), com conteúdo voltado para as ciências naturais e reproduzindo os valores dominantes. Serão cada vez mais priorizadas as ciências e habilidades técnicas, em detrimento de conhecimentos humanísticos e filosóficos, como imperava até então (SCHRAIBER, 1989).

Em função do crescente parcelamento do saber médico, o processo educativo ocorre cada vez mais na forma de suas especializações. A educação médica passa a qualificar médicos em distintas técnicas e campos do conhecimento, com valorizações diferentes, mas com organização e conteúdo do saber uniformes para todos. O modo privilegiado das práticas educativas é hospitalar, que se tornou dominante no modo de produção capitalista como forma didática ideal para a transmissão da técnica. Mas terá que ser um hospital organizado para essa prática específica, exigência da própria valorização social do trabalho intelectual, separado e oposto ao trabalho manual, uma educação separada da produção em geral. Essa prática hospitalar voltada para a educação deve subordinar, portanto, a produção de serviços médicos aos objetivos educacionais. Particulariza-se um hospital no interior da produção de serviços médicos, o qual adquire as especificidades da escola no capitalismo, configurando o denominado hospital-escola, deslocado do sistema de saúde (SCHRAIBER, 1989).

O hospital-escola reconstituiu a educação médica como prática escolar, porém foi necessário outro momento no processo educativo: a escola médica agregada ao hospital-escola. Esse período inicial caracteriza-se pela transmissão do saber sem incluir a produção de serviços médicos, o que reforçará a configuração de uma prática separada dessa produção (SCHRAIBER, 1989). Nesse cenário, a proposta de organização de sistemas de saúde tendo como eixo a APS enfrentará sérios obstáculos. Os profissionais, formados de modo alheio à realidade das necessidades de saúde e dos serviços básicos, treinados exclusivamente na investigação dos problemas que chegam aos hospitais, com uso excessivo de procedimentos, voltam-se precocemente para a especialização, reduzindo gravemente o interesse pelo trabalho na APS, agravado pela baixa valorização social de suas práticas mais gerais.

Mas há outro componente dessas dificuldades que não pode ser omitido. Há uma seleção de classe no acesso à universidade, particularmente no Brasil, acentuada no curso médico. Em função da forte valorização social, é elevado o número de candidatos, principalmente, comparado ao número de vagas. O resultado é que nas universidades públicas, apesar de a política de cotas ter amenizado esse quadro, são aprovados

majoritariamente os filhos de famílias abastadas, que dispuseram de recursos suficientes para garantir uma boa preparação, geralmente, em escolas privadas. Já nas faculdades privadas, a seleção se dá mais claramente pelo critério da renda, pois as mensalidades abusivas<sup>160</sup> impedem os filhos de trabalhadores de frequentar esse curso. O resultado dessa histórica elitização é um distanciamento entre os profissionais, cuja maioria é oriunda das classes possuidoras, e a maior parte da população. Para Berlinguer (1987, p. 174), enquanto não mudar a “seleção de classe em vigor, enquanto os médicos provirem somente de uma parte da população, a mais rica, será difícil, embora possível, cortar o cordão umbilical com a classe de origem e transformar a prática tradicional de entender medicina”.

O relatório Flexner aprofundou essa orientação da educação médica, restringindo-a ainda mais ao hospital e à prática especializada, articulada ao processo de capitalização da saúde. Em função da apartação da escola da realidade da assistência à saúde, e da reprodução no seu interior da fragmentação do saber, decorrente do processo de especialização, cresceram os questionamentos quanto à sua capacidade de formar profissionais capazes de satisfazer as necessidades sociais de saúde. Estudos constataram que, nos EUA, à medida que os estudantes avançavam no curso, “atenuava-se até se apagar a ‘vocação humanitária’, ao mesmo tempo penetravam gradativamente interesses de carreira e de lucro, e a preparação prática prevalecia sobre a formação social” (BERLINGUER, 1987, p. 158). Também na Itália, a preparação deficiente dos médicos era consequência da transformação do ensino universitário em “centro de interesses mercantis e de clientela”, ou seja, sem quebrar esses interesses, não há possibilidade de melhorar a formação (BERLINGUER, 1987, p. 163).

No Brasil, as primeiras escolas de medicina datam do início do século XIX, quando a família real portuguesa mudou para o país. Nos primeiros trezentos anos, os físicos e cirurgiões procediam do exterior e, mais tarde, das famílias abastadas cujos filhos se formavam na Europa. O número de escolas médicas evoluiu de forma lenta, até 1950 existiam apenas 13, todas públicas; nessa década, foram criadas 14 novas escolas, sendo 5 privadas. No período da ditadura militar, particularmente em meados dos anos 1960, ocorre um verdadeiro *boom*, 36 escolas, a maioria privada. Essa expansão era a resposta dos governos autoritários à necessidade de capitalização da educação e à pressão dos

---

<sup>160</sup> A mensalidade das escolas médicas privadas no Brasil, entre as 116 cuja informação estava disponível, varia de R\$ 2.325,00 a R\$ 6.836,01, sendo que a maioria encontra-se entre R\$ 4.000,00 e R\$ 5.000,0, conforme informação colhida no endereço < <http://www.escolasmedicas.com.br/mensal.php> >, acesso em 20 jan 2013.

setores médios urbanos por aumento de vagas nas universidades e por ampliação da assistência médica. Por atender prioritariamente à lógica do mercado, a maioria desses cursos se localizou na região Sudeste, mais economicamente desenvolvida. Boa parte desses novos cursos não dispunha de condições mínimas para a prática educativa, revelando as finalidades exclusivamente lucrativas dessa expansão (MACHADO, 1997; FEUERWERKER, 1998).

As escolas médicas migraram, progressivamente, do modelo francês para o flexneriano<sup>161</sup>, exportado para toda a América Latina, a partir do pós-guerra, cuja influência teve como ápice a Reforma Universitária de 1968, da ditadura militar. Essa reforma assim se materializou: 1) o momento-escola, que antecede o do hospital, configurou-se no estudo fragmentado de sistemas e órgãos isolados do corpo; 2) a concepção de doença cristalizou-se como processo individual, natural e biológico; 3) o hospital universitário constituiu-se no local de excelência para o binômio ensino-pesquisa, onde pratica-se, em nome do ensino, uma utilização intensiva de meios diagnósticos e terapêuticos, direcionando a formação para a especialização (MACHADO, 1997). Algumas experiências inovadoras ocorreram em escolas públicas, como na Universidade de Brasília e na Unicamp, buscando diversificar os cenários de ensino para além do hospital e estabelecer uma relação com os serviços de saúde, com o objetivo de formar um profissional com perfil mais geral. Porém, essas experiências não sobreviveram ao modelo hegemônico de educação médica e às determinações do mercado de trabalho cada vez mais especializado, uma vez que a lógica do sistema público de saúde, fator determinante da formação, pautava-se, à época, pela compra de serviços hospitalares privados (FEUERWERKER, 1998).

Nos anos 1970, iniciou-se a discussão nos meios acadêmicos mais críticos sobre qual o perfil do profissional médico que o país deveria prioritariamente formar. Vários eventos organizados pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM)<sup>162</sup>, com

---

<sup>161</sup> Apesar de influenciado pelo modelo flexneriano, o curso médico no Brasil guarda diferenças com o norteamericano. Nos EUA, o ingresso no curso médico é precedido pelo *college*, curso superior após a *high school*, que para os estudantes de medicina é o de ciências biológicas. O internato é cursado após a graduação, em um quinto ano. No Brasil, o curso dura seis anos e se inicia após o ciclo secundário; o internato é no sexto ano (MACHADO, 1997).

<sup>162</sup> A ABEM é uma entidade, fundada em 1962, que congrega Centros, Faculdades, Escolas, Instituições e Cursos vinculados à educação médica. Sua missão é “desenvolver a educação médica visando a formação de um profissional capaz de atender às necessidades de saúde da população, contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária”, conforme consta em sua página na internet < [http://www.abem-educmed.org.br/sobre\\_abem.php](http://www.abem-educmed.org.br/sobre_abem.php) >, consultado em 04.03.2013.

apoio de organismos internacionais<sup>163</sup> são realizados com esse objetivo, sem que, ao longo dos anos, se chegasse a um consenso: médico de família, médico generalista, médico geral, médico de cuidados primários. Essas denominações na verdade refletiam distintas concepções sobre a atuação médica e a capacitação necessária, levando em conta o sistema de saúde no qual esse médico seria inserido. No congresso da ABEM de 1978, chegou-se a um razoável consenso sobre a importância de orientar o currículo de graduação para a formação do médico generalista, partindo do pressuposto de que essa etapa não deveria ser direcionada para a especialização. Além disso, discutia-se se esse generalista deveria ser formado na graduação ou na pós-graduação. O modelo adotado em alguns países, de formação do médico de família por meio de residência médica, era considerado inadequado à realidade brasileira, que exigia um processo de formação menos prolongado. Esses debates, porém, não resultaram em mudanças concretas.

Dois movimentos surgidos em momentos distintos nos EUA repercutiram nas escolas médicas da América Latina em intervalo de poucos anos. O primeiro, a medicina preventiva, como visto no Capítulo I, buscava incorporar ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças à prática médica e a valorização dos aspectos sociais e coletivos na análise do processo saúde-doença. Além de impulsionar o questionamento do modelo assistencial hegemônico no Brasil, o resultado prático foi a criação de DMPS, sem lograr alterações significativas no conteúdo dos cursos e, muito menos, na prática médica. A resposta ao questionamento foi a incorporação das proposições, porém, de forma marginal. O segundo, a medicina geral e comunitária, também comentado no Capítulo I, também contribuiu para ampliar a crítica ao modelo vigente, mas, do mesmo modo, não resultou em alterações substanciais na educação médica, ficando restrito a experiências localizadas.

Nos anos 1980, novas experiências surgiram nas escolas médicas no sentido de enfrentar os problemas da fragmentação do ensino e de seu distanciamento da realidade assistencial, entre elas, a Integração Docente-Assistencial (IDA). Acreditava-se que o estreitamento das relações entre as instituições de ensino e os serviços de saúde impulsionaria mudanças na organização da assistência médica e na formação dos profissionais. A IDA contou com apoio da OPAS, Fundação Kellogg e do MEC e MS, que buscaram estimular, por meio de incentivos financeiros, experiências de integração das

---

<sup>163</sup> Feuerwerker (1998) lista entre os principais atores na discussão da educação médica, desde a década de 1950, a Fundação Rockefeller, a OPAS, a Fundação Kellogg e, posteriormente, a ABEM. O que chama a atenção é, mais uma vez, a forte interferência das agências internacionais sob influência norte-americana na definição dos rumos da política de saúde na América Latina. O MEC só em 1971 instituiu um órgão para discutir a formação médica, a Comissão de Ensino Médico, porém, com o papel de apenas emitir pareceres e fornecer subsídios para a elaboração da política.



universidades com o sistema de saúde, levando a formação para outros espaços, além do hospital-escola. Essas propostas se articulavam com as mudanças na organização dos serviços de saúde, no final do período militar, pautadas pela descentralização e racionalização das ações, em meio à luta pela reforma sanitária e pela redemocratização do país. Mais uma vez, predominaram as concepções mais conservadoras, e as poucas mudanças se restringiram aos DMPS das escolas públicas da região Sudeste (FEUERWERKER, 1998).

Conforme observa Feuerwerker (1998), a intensa mobilização social pela democracia, com elaboração de propostas para a reforma sanitária, contrasta com a carência de iniciativas relevantes para a reforma da educação médica no país. Em 1986, o ano da histórica 9ª CNS, a ABEM e a Comissão de Ensino Médico do MEC, com apoio da Fundação Kelllogg, realizaram um Seminário para debater a preparação do médico geral, do qual destacamos algumas propostas: contato precoce do estudante com os pacientes e com famílias de áreas determinadas, desenvolvido em uma diversidade de serviços, como unidades básicas, ambulatórios, hospitais gerais e unidades de emergência; adequação do perfil dos docentes das escolas médicas, revertendo o quadro de a maioria ser especialista, na perspectiva da formação do médico generalista. O objetivo era formar um

médico capaz de diagnosticar e resolver os problemas de saúde mais frequentes em sua área de atuação. Não um triador, mas um profissional capaz de instituir tratamento resolutivo nas situações agudas e eficaz nas crônicas e que encaminhe ao serviço especializado aqueles que o necessitem. Um médico com compromisso explícito com a recuperação da saúde de um cidadão parte de uma população e com visão clara e participação ativa nas ações sobre as causas dos agravos à saúde numa população (FEUERWERKER, 1998, p. 72).

Mais uma vez, essas propostas, preocupações da burocracia estatal e das escolas médicas, reduziram-se a um punhado de declarações sem efeito prático. Menosprezava-se a força da determinação do mercado de serviços de saúde sobre a formação médica. As escolas multiplicavam-se, seguindo o modelo pró-mercado, limitado ao hospital-escola, favorecendo a especialização precoce. Uma das expressões dessa especialização na graduação é o que se convencionou chamar de currículos paralelos, que consistem na busca pelos estudantes, desde o início do curso, de alternativas para o seu treinamento prático, frequentando serviços como observadores ou plantonistas. Essa busca expressa, também, uma tentativa de superar as limitações da formação no primeiro ciclo do curso – o momento escola – que antecede o hospital, no qual recebem uma formação totalmente apartada da prática médica. Além disso, a educação é ministrada por docentes

majoritariamente especialistas, o que dificulta a construção de uma abordagem integrada e mais abrangente dos problemas. Ainda mais grave: poucas escolas asseguravam um mínimo de treinamento prático para seus alunos.

Na década de 2000, novas iniciativas governamentais visaram à mudança na formação médica no sentido de aproximá-la, pelo menos no discurso, das tão discutidas necessidades de saúde da população, o que significava a busca de uma educação mais geral. No governo FHC, a primeira foi a adoção pelo MEC, em 2001, das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde, com o objetivo de articular educação superior e sistemas de saúde para uma formação geral com ênfase na integralidade, e indicando competências comuns gerais para esse perfil de formação. A segunda foi a implementação do Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed)<sup>164</sup>, uma tentativa de enfrentar o problema da excessiva especialização médica, buscando reorientar a escola para a mudança no modelo de atenção à saúde, em especial para o fortalecimento da APS.

O Promed baseava-se na seleção de propostas apresentadas pelas Instituições de Ensino interessadas<sup>165</sup>, e financiamento pelo MS. Porém, os resultados ficaram muito aquém do esperado. As mudanças na formação médica, mesmo as mais limitadas, enfrentaram muitas resistências, tornando evidente a necessidade de iniciativas mais abrangentes. Estudo de Neilton de Oliveira (2008), após três anos do programa, revelou alguns aspectos dessas dificuldades: pouca sensibilidade dos docentes para as mudanças; resistência à integração da escola com os serviços (“o médico do serviço não está em condições de ensinar”) e à inclusão de outros serviços além do hospital (OLIVEIRA, 2008, p.352). Além disso, chamou atenção o fato de o Promed não ter alterado a proporção de alunos interessados na especialização, que se manteve alta (75,9%). Ou seja, confirmam-se as conclusões de Donnangelo: sem mudar a prática médica – o sistema de prestação de assistência – é muito difícil mudar a formação.

---

<sup>164</sup>O Promed - elaborado pelo MS, Opas e MEC, em parceria com a ABEM e a Rede Unida - propunha três eixos de mudança: orientação teórica, abordagem pedagógica e cenários de prática. O primeiro envolvia dois componentes: produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS e oferta de cursos em articulação com os gestores do SUS. O segundo, dois eixos: mudança pedagógica (metodologias ativas e “aprender fazendo”) e integração ciclo básico/ciclo profissional. O último eixo, os cenários de prática, implicava dois processos: diversificação dos cenários de ensino, atividades extramurais em unidades do SUS, equipamentos escolares e da comunidade, ao longo de toda a carreira, com graus crescentes de complexidade; e abertura dos serviços universitários às necessidades do SUS. O Promed foi instituído por meio da Portaria Interministerial, de 26 de março 2002.

<sup>165</sup> Das 82 escolas médicas existentes em 2002, 55 apresentaram propostas ao Promed, foram selecionadas apenas 20, mas somente 19 oficializaram a proposta (2 privadas) e passaram a receber os recursos em 2003 (OLIVEIRA, 2008).

Com a mudança de governo, na esteira da avaliação do Promed, foi lançado, em 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), que incorporou os cursos de enfermagem e odontologia, além de medicina, áreas que integram as equipes da estratégia SF. O Pró-saúde tem os mesmos objetivos e eixos de mudança do Promed, porém com mais ênfase na participação dos gestores do SUS. Como o programa anterior, apoia-se na concepção de livre adesão da escola. No final de 2005<sup>166</sup>, foram selecionados 38 projetos de escolas médicas, sendo 16 de universidades federais, 8 de estaduais e 14 privadas. O número de escolas corresponde a 20,54% do total, o que dá uma dimensão da limitação dos resultados que podem advir dessa iniciativa.

Com as deficiências crescentes da formação, seguindo o modelo gestado nos EUA expandiu-se a residência médica, uma modalidade de pós-graduação, sob a forma de treinamento em serviço, voltada para a especialização, mas que, na prática, se configurou como uma espécie de complementação da graduação. Apesar de existir desde a década de 1940, somente a partir de meados da década de 1960 ocorre a multiplicação de vagas, como resposta, de um lado, à pressão do mercado pró-especialização e, de outro, ao aumento da procura pelos recém-formados insatisfeitos com sua formação, que foi ampliada pelo *boom* de escolas médicas. Até então, os programas cobriam uma parte muito pequena dos recém-formados e eram oferecidos principalmente em hospitais-escola e hospitais públicos tradicionais. A ampliação que ocorre a partir da década de 1970, se dá, também, para atender os interesses dos hospitais, que viam na residência médica uma forma barata de resolver seus problemas de falta de pessoal médico, uma vez que não havia regulamentação estabelecendo as condições necessárias para oferecer esse treinamento em serviço.

A mobilização dos médicos residentes, que constituíram uma entidade nacional – a ANMR – foi determinante para que o governo militar criasse, em 1977, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNMR)<sup>167</sup>. Porém, só em 1981, foi aprovada a Lei nº 6.932, que regulamentou a residência médica<sup>168</sup> e estabeleceu o credenciamento dos programas pelo MEC, ao qual caberia a outorga do título de especialistas aos que

---

<sup>166</sup> Foram apresentados ao Pró-saúde 185 projetos (77 de escolas de enfermagem, 57 de medicina e 51 de odontologia), sendo selecionados 90 (38 de medicina, 27 de enfermagem e 25 de odontologia).

<sup>167</sup> A CNMR era composta por representantes do MEC, MS e MPAS e de entidades médicas (ABEM, AMB, CFM, ANMR e FENAM). Atualmente, é a seguinte: MS, CONASS, CONASEMS, CFM, ABEM, AMB, ANMR, FENAM e Federação Brasileira de Academias de Medicina (FBAM).

<sup>168</sup> Com a regulamentação, a residência médica foi definida como “modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional” (art. 1º da Lei nº 6.932, de 1981).

concluíssem o treinamento, além da obrigatoriedade de uma bolsa, com valor estipulado por lei. Com a necessidade do cumprimento dessas exigências, muitos programas foram desativados, o que não agradou os estudantes e médicos-residentes, que pleiteavam a ampliação das vagas. A partir daí, ocorre novo ciclo de expansão de vagas, mais que dobrando o número existente, que passou de 1.500, em 1982, para 4.097, em 1984, uma cobertura de quase 51% dos graduados em medicina (FEUERWERKER, 1998).

Entretanto, apesar de a residência médica ser uma política financiada majoritariamente com recursos públicos<sup>169</sup>, a expansão de vagas se deu de forma a atender interesses particulares, das instituições envolvidas e de segmentos da corporação médica, uma vez que nunca foi realizado nenhum estudo para estabelecer critérios para a distribuição de vagas nas diversas especialidades. A CNRM foi perdendo relevância a ponto de, em 1989, a AMB e o Conselho Federal de Medicina (CFM) resolverem conjuntamente reconhecer os títulos somente de médicos aprovados nos exames promovidos pelas associações de especialistas. A partir de 2002, esse reconhecimento é realizado por meio de um convênio entre essas entidades e a CNRM. Dessa forma, as corporações médicas, organizadas em torno das sociedades de especialidades, passaram a determinar o ritmo e o número da entrada de novas especialidades no mercado, logicamente, atendendo à demanda de produtos e equipamentos do complexo médico-industrial. Atualmente são reconhecidas 53 especialidades e 54 áreas de atuação<sup>170</sup>, conforme a Resolução nº 2.005/2012. Esse processo de superespecialização, decorrente da plena configuração da medicina tecnológica<sup>171</sup>, acaba por se constituir no principal modo

---

<sup>169</sup> O financiamento das bolsas de residência médica provém de diversas fontes. O MEC financia as bolsas das instituições do sistema público federal de ensino superior; o MS responsabiliza-se por bolsas vinculadas a programas estratégicos em sua área. Há também o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - Pró-Residência, criado em 2009, financiado pelo MEC e MS, e que em 2010 selecionou 69 instituições, responsáveis por 788 novas bolsas de residência em áreas básicas e prioritárias definidas. Estados e municípios financiam diretamente os programas desenvolvidos em hospitais e instituições de suas respectivas redes, como também os mantenedores privados incumbem-se do pagamento das bolsas nos respectivos hospitais e instituições de saúde.

<sup>170</sup> Área de atuação é definida como modalidade de organização do trabalho médico, exercida por profissionais capacitados para ações médicas específicas, sendo derivada e relacionada com uma ou mais especialidades médicas. Enquanto o tempo de formação da residência médica é de, no mínimo, dois anos, o da área de atuação é de apenas um ano, não sendo, portanto, realizada por meio de residência médica. A área de atuação equivale a uma subdivisão de uma especialidade ou à utilização de um método diagnóstico ou terapêutico, nesse caso, podendo se relacionar a mais de uma especialidade (exemplos: cardiologia pediátrica, hepatologia, ecocardiografia, endoscopia digestiva) (Resolução CFM nº 2.005/2012 – Disponível em < [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/2005\\_2012.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/2005_2012.pdf) > Acesso em 15 jan 2013).

<sup>171</sup> O termo medicina tecnológica foi adotado por DONNANGELO (1979), para designar a prática que se realiza na forma da especialização do trabalho, no sentido de destacar o caráter tecnologicado dessa prática, com a presença maciça de equipamentos. Ao mesmo tempo, a expressão também indica o caráter parcelar do trabalho especializado.

que o médico tem para firmar-se profissionalmente, marginalizando definitivamente o não especialista do mercado, agravando, assim, a situação da APS (SCHRAIBER, 1993b).

Duas iniciativas mais recentes do governo federal se propõem a fazer frente a essa tendência. A primeira, a residência multiprofissional em saúde e de área profissional da saúde, instituída por meio da Portaria Interministerial nº 45, de 12 de fevereiro de 2007, do MS e do MEC<sup>172</sup>. A segunda é o Pró-residência, que instituiu uma nova modalidade de financiamento de residências médicas, com recursos do MS, dirigido à formação de médicos especialistas em regiões e especialidades de importância para o SUS. Foram definidas como prioridades as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e as áreas profissionais relativas às políticas estruturantes do SUS: atenção básica, urgência, saúde mental, atenção à mulher e criança, atenção oncológica e atenção ao idoso. Essa experiência está em curso e não há ainda uma avaliação do seu impacto, porém, o número de bolsas de residência médica nas áreas prioritárias a serem financiadas para o ano de 2013 (2.881), apesar de representar um esforço razoável, ainda é insuficiente para alterar a predominância das áreas especializadas.

Porém, enquanto algumas políticas públicas buscaram reforçar a atuação multiprofissional, os médicos caminharam em sentido oposto, tentando reforçar o seu campo de atuação em detrimento das demais profissões de saúde. É nesse contexto que deve ser compreendida a iniciativa de regulamentação do ato médico, um esforço da profissão para garantir seu mercado de trabalho. Com o desenvolvimento científico e a especialização, cada vez mais o ato de cuidar, para ser efetivo, deve ser partilhado pelas diversas profissões de saúde. Os médicos sempre reagiram à realização de certas ações por parte de outros profissionais de saúde (sintomaticamente chamados de paramédicos), pois consideram que cabe somente a eles o diagnóstico e tratamento de doenças. Outro campo de resistência histórica é a exigência de que a chefia de unidades de saúde seja privativa de médicos. Com a criação do SUS, alguns programas fortaleceram a atuação multiprofissional, agravando a oposição dos médicos a esse compartilhamento. Entre essas iniciativas, destacam-se: a Casa de Parto, que preconiza o parto humanizado realizado por enfermeiras obstetrias; a adoção da acupuntura por profissionais das áreas de farmácia, psicologia, enfermagem e fisioterapia; e a estratégia SF, que preconiza a atuação de equipe

---

<sup>172</sup> O número de bolsas de residência multiprofissional passará de 843 em 2012 para 2.104 em 2013. O número de bolsas de residência médica em áreas prioritárias financiadas pelo MS em 2012 foi de 1.258 e em 2013 passará para 2.881. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2013/01/03/cresce-o-numero-de-bolsas-em-residencia-medica-no-pais> >. Acesso em 20 jan 2013.

multiprofissional, com a participação de enfermeiros realizando consultas e prescrições baseadas em protocolos clínicos.

A primeira iniciativa em relação ao ato médico foi a aprovação, pelo CFM, da Resolução nº 1627/2001, que deixa clara a decisão de limitar a ação de todas as demais profissões da saúde, ao considerar privativas dos médicos todas as atividades que envolvam procedimentos diagnósticos e terapêuticos (Art. 1º, §1º e §2º), além de restringir “as atividades de coordenação, direção, chefia, perícia, auditoria, supervisão e ensino dos procedimentos médicos” ao exercício exclusivo da categoria. Entretanto, como essa resolução não teria efeito prático sobre os atos das demais profissões, o passo seguinte foi tentar aprovar uma lei tratando do assunto. Em 2002, foram apresentados dois projetos de lei no Senado (PLS nº 268/2002 e PLS nº 25/2002). Todas as demais profissões de saúde reagiram a essa iniciativa e desencadearam um processo de mobilização, denunciando a tentativa dos médicos de usurpar atividades desenvolvidas por eles.

Após dez anos de discussões, foram aprovados substitutivos (PL nº 7.703-C/2006) com alterações nos projetos originais que, apesar de reconhecerem as atribuições dos demais profissionais, mantem elementos considerados abusivos, como a definição do “diagnóstico nosológico e da respectiva prescrição terapêutica” (Art. 4º, I) e a “direção e chefia de serviços médicos” (Art. 5º, I) como atividades privativas do médico. Os médicos persistem na concepção, anterior à evolução da ciência e à diferenciação do trabalho em saúde, de que há “serviços médicos” e não serviços de saúde, compostos por diferentes profissionais necessários para a execução das ações. Na realidade a nova formulação quanto à chefia das unidades visa a criar uma aparência de avanço, ao facultar a direção administrativa para os demais profissionais de saúde, mantendo privativa dos médicos a direção técnica, superior hierarquicamente. Atrás de tudo isso, esconde-se a velha disputa por espaço no mercado de trabalho.

### **5.3 Panorama atual dos médicos no Brasil – escola e trabalho – frente às necessidades de saúde**

Uma das polêmicas mais presentes referente aos médicos, nos dias atuais, diz respeito a se há ou não no Brasil um número suficiente de profissionais para atender às necessidades de saúde da população, o que implica, dependendo da resposta, na necessidade ou não de abrir novas escolas médicas. Há claramente duas posições em

disputa. A primeira, defendida pelas entidades médicas<sup>173</sup>, é a de que não há carência generalizada de médicos, apenas um problema de redistribuição, por isso não seriam necessárias novas escolas, e sim, investir nas condições que favoreçam a desconcentração de médicos. A segunda, sustentada pelo MS, é de que há carência de médicos e, além disso, eles estão concentrados nas grandes cidades, sendo necessário, portanto, investir na ampliação de vagas, principalmente, nos locais onde há carência desses profissionais.

Segundo dados da pesquisa Cremesp/CFM, em 2011, o número de médicos registrados era de 371.788, correspondendo a uma taxa de 1,95 médicos por 1.000 habitantes. Em 2012, a mesma pesquisa revelou um número de 388.015 médicos, o que eleva a taxa para 2,00. Essa taxa vem crescendo em proporção superior ao crescimento populacional, porém a distribuição regional de médicos apresenta enormes desigualdades, com o Norte e o Nordeste com taxas bem inferiores às demais regiões, como pode ser visto na tabela 36.

<b>Região</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Norte</b>	0,98	1,01
<b>Nordeste</b>	1,19	1,23
<b>Sudeste</b>	2,61	2,67
<b>Sul</b>	2,03	2,09
<b>Centro-Oeste</b>	1,99	2,05
<b>Brasil</b>	<b>1,95</b>	<b>2</b>

Fonte: Cremesp/CFM, 2012, 2013.

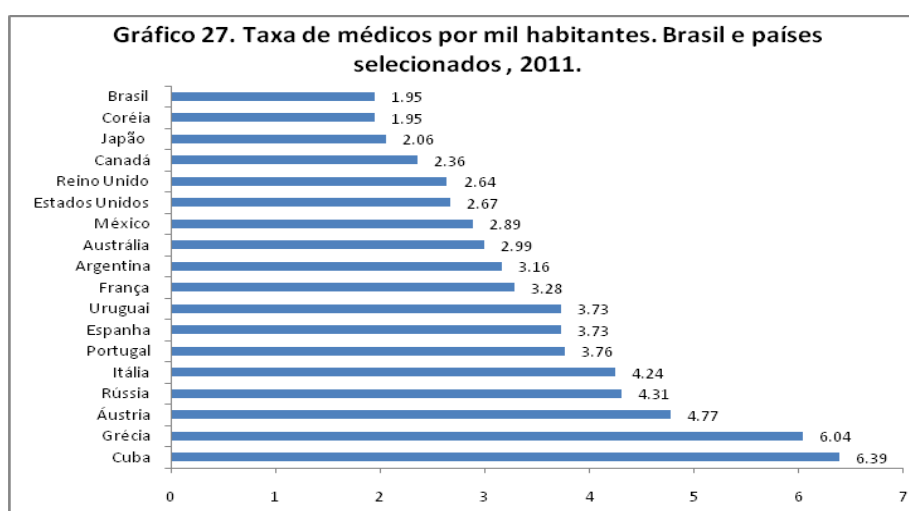
Em relação aos estados mantém-se a mesma disparidade regional, com 16 estados – a maioria no Norte e Nordeste – apresentando uma taxa menor que 1,5. Em 2012, enquanto as taxas do Distrito Federal e o Rio de Janeiro eram de 4,09 e 3,62 médicos por 1.000 habitantes, respectivamente, os estados do Maranhão (0,71), Pará (0,84) e Amapá (0,95) não chegavam a um. Há, também, uma concentração nos grandes centros e nas

<sup>173</sup> A AMB e a APM lançaram, em 2009, nota conjunta sob o título “O Brasil não precisa de mais escolas de medicina”. Disponível em: < (<http://www.amb.org.br/Site/Home/NOT%C3%8DCIAS/Nota-AMB-APM:-o-Brasil-n%C3%A3o-precisa-de-mais-escolas-de-medicina%2032965.cnt>) >. Acesso em 20 fev 2013). O CFM lançou nota em junho de 2012, que se inicia assim: “Preocupado com a qualidade da formação dos médicos no país e com a adequada assistência oferecida à população, o CFM manifesta sua posição contrária à decisão do Governo de abrir 2.415 novas vagas em escolas médicas no Brasil até o ano de 2014”. Disponível em: < ([http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=22982:cfm-condena-decisao-do-governo-de-abrir-mais-vagas-em-cursos-de-medicina&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22982:cfm-condena-decisao-do-governo-de-abrir-mais-vagas-em-cursos-de-medicina&catid=3)) >. Acesso em 20 fev. 2013.

A AMB e a APM vêm a público expressar preocupação com a notícia de que o MEC avaliará ainda no início de 2009 o pedido de abertura de oito novos cursos de medicina, podendo autorizá-los a funcionar.

idades que possuem escolas médicas. No conjunto das capitais a média é bem superior à do país, porém, verificam-se diferenças também entre elas, com Vitória e Porto Alegre com taxas de 11,61 e 8,73, respectivamente, em 2012, enquanto Macapá e Rio Branco, 1,38 e 1,91, respectivamente, inferiores à média do país (Cremesp/CFM, 2012 e 2013).

Não existe norma internacional que estabeleça o número de médicos adequado para o atendimento das necessidades da população, pois esse número está relacionado ao tipo de organização do sistema de saúde adotado, ao perfil de morbidade e mortalidade da população e ao grau de participação de outros profissionais no trabalho em saúde. Porém, a comparação com outros países, com diferentes conformações de sistema e de perfil populacional, permite uma avaliação aproximada da situação brasileira.



Fonte: OECD; OMS; Cremesp/CFM, 2011. Elaboração própria

A taxa do Brasil é a menor entre os países selecionados, que inclui quatro da América Latina (Cuba, Uruguai, Argentina e México). Apesar de não haver um padrão internacional definido, é interessante observar que países que possuem sistemas universais, mesmo sofrendo restrições orçamentárias nos últimos anos, decorrentes das políticas de ajuste neoliberal, apresentam taxas elevadas de médicos em relação à população, como é o caso de Cuba, Grécia, Itália, Portugal, Espanha, França e, em grau menor, Reino Unido e Canadá. Isso permite concluir que, mesmo esses países, cujas populações tendem a demandar menos serviços de saúde, apresentam taxas bem superiores à do Brasil. Além disso, esse número insuficiente de médicos não se distribui de forma homogênea no país. Na maior parte das capitais e das cidades de grande porte as taxas são bem maiores do que a dos países centrais, enquanto que na maioria das cidades pequenas e mais distantes dos



grandes centros a oferta é insuficiente, agravada pelo fato de a maior parte estar acessível apenas aos que dispõem de planos privados de saúde, como veremos mais adiante.

A discussão em torno do número de médicos não é nova. Ao longo deste Capítulo, tem-se discutido os vários interesses envolvidos com a questão da expansão ou não do ensino médico e com o aumento do número desses profissionais e sua inserção no mercado de trabalho. A crescente capitalização do setor saúde acarretou um processo de incorporação acelerada de equipamentos, que impõe a especialização dos profissionais que os utilizam, tornando-os mais valorizados no mercado em relação àqueles cuja prática é mais geral. Essa dinâmica cria sérios obstáculos à efetivação de um sistema público universal capaz de satisfazer as necessidades de saúde da maioria da população, tanto em função da elevação dos custos da assistência médica, decorrente do uso intensivo de tecnologia, como da incapacidade da prática médica hegemônica, fragmentada e centrada nos aspectos biológicos, de lidar com os problemas de saúde mais comuns. Por outro lado, a predominância de políticas públicas de corte neoliberal, impondo redução nos gastos sociais, tem acentuado os problemas da desigualdade de acesso, ao mesmo tempo em que favorece a acumulação de capital no setor, acentuando a concentração de serviços e de médicos no setor privado e nos centros mais desenvolvidos economicamente.

Os médicos têm enfrentado uma perda progressiva do seu ideal de autonomia profissional, a medicina liberal, em função da expansão, mesmo limitada, dos serviços públicos, propiciada pela implantação do SUS e do crescimento do setor privado. De forma relativamente inédita no Brasil, têm lutado para manter a autonomia e os rendimentos junto aos planos e seguros privados, como ocorreu em 2011 e 2012<sup>174</sup>. Também tentam obter alguns avanços no sistema público, defendendo, por meio de suas entidades, a criação de uma carreira de Estado para os médicos do SUS e a garantia de melhores salários<sup>175</sup>. Além disso, o que mais tem mobilizado as entidades médicas é a defesa da não abertura de novas

---

<sup>174</sup> Em 2011 os médicos realizaram duas greves contra os planos privados de saúde, de abrangência praticamente nacional, reivindicando reajuste nos honorários pagos por consulta (o valor médio atual é de R\$ 30 e a reivindicação era R\$ 60) e inclusão no contrato com as operadoras de um índice de reajuste anual. Em 2012, mais duas greves também reivindicaram reajustes nos valores pagos por consulta. Um dos pontos da pauta, o “fim da intervenção antiética na autonomia da relação médico-paciente”, objetivava baixar o custo dos tratamentos. Disponível em: <<http://www.amb.org.br/Site/Home/NOT%C3%8DCIAS/PROTESTO%20CONTRA%20PLANOS%20DE%20SA%C3%9ADE%2036529.cnt>>. Acesso em 19 fev 2013.

<sup>175</sup> Em 25 de outubro de 2011, os médicos do SUS realizaram uma greve que atingiu 21 estados. O movimento nacional foi liderado pela AMB, FENAM e CFM e reivindicou melhores salários (a média do salário-base pago ao profissional com contrato de 20 horas semanais é de R\$ 1.941,91 e a reivindicação era de um piso de R\$ 9.688,00); melhores condições de trabalho (aumento do número de leitos nos hospitais); e mais recursos para a saúde pública. Apesar de outras reivindicações, o principal motor da greve foi a busca por melhores salários.

escolas. Não há dúvida de que, do mesmo modo que os médicos norte-americanos, o que move os brasileiros, nesse caso, é a necessidade de adotar mecanismos que reduzam a concorrência no interior da profissão, garantindo, com isso, uma maior valorização dos seus serviços.

Por outro lado, têm razão as entidades médicas quando assinalam no documento *Demografia Médica*, que a simples abertura de cursos, da forma como vem sendo feita, não resolve o problema da escassez de médicos nos locais de difícil acesso. Expandir o número de escolas sem mudar a lógica da formação, sem garantir qualidade do ensino e, mais importante, sem simultaneamente expandir e qualificar a rede pública significará reforçar o setor privado, a especialização e, como consequência, a concentração de médicos nesse tipo de serviço. Procede-se, a seguir, à análise de alguns dados para evidenciar o panorama atual da educação e do mercado de trabalho médico no Brasil. Para isso, foram utilizadas quatro pesquisas<sup>176</sup>, realizadas com o patrocínio do CFM, em momentos diferentes e com diversidade de metodologias, o que restringe as comparações e conclusões. Porém, são os dados mais abrangentes e específicos sobre os médicos de que se dispõe, além das pesquisas do IBGE.

Inicialmente, a tabela 37 a seguir traz um panorama das escolas médicas.

---

<sup>176</sup> Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Maria Helena Machado, 1997; O médico e seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil. CFM, 2004; *Demografia Médica no Brasil*. v. 1. Cremesp: CFM, 2011. *Demografia Médica no Brasil*. v. 2. Cremesp: CFM, 2013. As duas primeiras utilizaram metodologias de amostragem, as duas últimas, os bancos de cadastramento dos Conselhos, sendo, portanto, mais fidedignas.

**Tabela 37. Distribuição de escolas médicas por estado, região e categoria jurídica. Brasil, 2012**

Região/UF	Pública			Tot	Privada		Total	% esc	População	% pop
	Fed	Est	Mun		n	%				
Amazonas	1	1		2	1	33,33	3	1,62	3.590.985	1,85
Acre	1			1		0,00	1	0,54	758.786	0,39
Amapá	1			1		0,00	1	0,54	698.602	0,36
Pará	1	1		2	1	33,33	3	1,62	7.822.205	4,03
Rondônia	1			1	3	75,00	4	2,16	1.590.011	0,82
Roraima	1			1		0,00	1	0,54	469.524	0,24
Tocantins	1			1	5	83,33	6	3,24	1.417.694	0,73
Norte	7	2		9	10	52,63	19	10,27	16.347.807	8,43
Maranhão	1	1		2	1	33,33	3	1,62	6.714.314	3,46
Piauí	1	1		2	2	50,00	4	2,16	3.160.748	1,63
Ceará	1	1		2	3	60,00	5	2,70	8.606.005	4,44
Rio G. do Norte	1	1		2	1	33,33	3	1,62	3.228.198	1,66
Paraíba	2			2	4	66,67	6	3,24	3.815.171	1,97
Pernambuco	2	1		3	3	50,00	6	3,24	8.931.028	4,60
Alagoas	1	1		2		0,00	2	2,16	3.165.472	1,63
Sergipe	1			1	1	50,00	2	2,16	2.110.867	1,09
Bahia	1	3		4	3	42,86	7	1,62	14.175.341	7,31
Nordeste	11	9		20	18	47,37	38	1,62	53.907.144	27,79
Goiás	1			1	3	75,00	4	2,16	6.154.996	3,17
Distrito Federal	1	1		2	2	50,00	4	2,16	2.648.532	1,37
Mato Grosso	1	1		2	1	33,33	3	1,62	3.115.336	1,61
Mato Grosso do Sul	2			2	1	33,33	3	1,62	2.505.088	1,29
Centro-Oeste	5	2		7	7	50,00	14	7,57	14.423.952	7,44
Minas Gerais	7	1		8	20	71,43	28	15,14	19.855.332	10,24
Espírito Santo	1			1	4	80,00	5	2,70	3.578.067	1,84
Rio de Janeiro	3	1		4	11	73,33	15	8,11	16.231.365	8,37
São Paulo	2	5	1	8	27	77,14	35	18,92	41.901.219	21,60
Sudeste	13	7	1	21	62	74,70	83	44,86	81.565.983	42,05
Paraná	1	4		5	6	54,55	11	5,95	10.577.755	5,45
Santa Catarina	1			1	8	88,89	9	4,86	6.383.286	3,29
Rio Grande do Sul	5			5	6	54,55	11	5,95	10.770.603	5,55
Sul	7	4		11	20	64,52	31	16,76	27.731.644	14,30
<b>BRASIL</b>	<b>43</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>69</b>	<b>106</b>	<b>57,30</b>	<b>185</b>	<b>100,00</b>	<b>193.976.530</b>	<b>100,00</b>

Fonte: MEC < <http://emec.mec.gov.br/> > acesso em 18 fev 2013

Os dados revelam, em primeiro lugar, a predominância do setor privado na educação médica, respondendo por 57,30% das escolas. As regiões com maior proporção de escolas privadas são a Sudeste (74,70%) e a Sul (64,52%), porém há estados nas demais regiões com elevadas proporções como é o caso de Goiás (75%), Paraíba (66,7%), Tocantins (83,3%) e Rondônia (75,0%). A única região onde predominam escolas públicas é a Nordeste (52,63%). Há, também, uma distribuição desigual entre as regiões, com a região Nordeste dispendo de menos escolas comparativamente à proporção da população nela residente. O que chama a atenção é o fato de a região Norte ter uma proporção de escolas superior à proporção da população, com número elevado de escolas privadas em Rondônia (3) e no Tocantins (5), configurando maioria na região Norte, o que evidencia a penetração da capitalização da educação médica na região menos desenvolvida do país.

Apesar do predomínio das escolas privadas desde o período militar, duas das pesquisas revelaram que a maioria de médicos havia se formado em instituições públicas: 66,5%, em 1995 (MACHADO, 1997) e 70,6%, em 2003 (CFM, 2004), provavelmente devido a um número maior de vagas nessas escolas.

Além do número de escolas, o que mais preocupa é a qualidade e a orientação para a especialização precoce. Um indicador das fragilidades do profissional egresso dessas instituições pode ser encontrado no resultado das avaliações realizadas pelo Cremesp, anualmente, desde 2005. Nos primeiros sete anos, 46,7% dos 4.821 recém-formados que realizaram o exame foram reprovados, o que é preocupante, pois as provas avaliavam a capacidade de diagnóstico e tratamento das doenças mais comuns, muito diferentes daquelas para residência médica, mais abrangentes e complexas e com caráter eliminatório (BONAMIGO e CARDOSO, 2012). Como no início a adesão era voluntária, pode-se supor que prestavam o exame os alunos que se consideravam mais bem preparados. Em 2012, o exame passou a ser obrigatório para os formados no estado de São Paulo, sem restringir o exercício profissional em caso de reprovação. As provas foram objetivas e abordaram problemas comuns em nove áreas básicas: clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, ginecologia, obstetrícia, saúde mental, epidemiologia, ciências básicas e bioética. O resultado foi a reprovação de 54,5% dos 2.411 participantes (excluídos os que boicotaram), que não acertaram 60% das questões (a nota de corte era 6), percentual superior ao acumulado dos anos anteriores. A maior proporção de acertos foi encontrada nos egressos das escolas públicas (63,74%), enquanto nas privadas esse índice foi de 54,38% (OESP, 2012b).

Foi por conta dessas deficiências, que a residência médica constituiu-se, ao longo do tempo, em uma complementação do ensino médico, além da perspectiva de, via especialização, alcançar melhores posições profissionais. Há muita controvérsia sobre o número exato de vagas de residência médica oferecidas anualmente no país. Em 2010, estavam em funcionamento 3.497 programas de residência médica, oferecendo 28.446 vagas em todas os estados, do primeiro ao sexto ano, com 11.166 vagas para o primeiro ano (R1), 39,3% do total. Quase a metade (48,8%) das vagas para o R1 é oferecida nas áreas básicas (clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia, pediatria e medicina de família e comunidade). Não há vagas para todos os recém-formados, por isso, acumulam-se, com o tempo, o número de médicos que não fizeram residência. Para especializar-se, a maioria recorre a cursos de pós-graduação *lato sensu*, com posterior prova de título aplicada pela sociedade da especialidade. Em 1995, 74,1% dos médicos

participantes da pesquisa do CFM informaram ter feito residência médica, na pesquisa seguinte, em 2003, 61,6%, cerca de 13% menos, a maioria (78,2%) cursou a residência em instituições públicas. A distribuição geográfica dessas vagas segue, também, a lógica do desenvolvimento econômico e da concentração dos serviços de saúde, conforme tabela abaixo.

**Tabela 38. Proporção de vagas de residência médica e do número de médicos especialistas. Brasil, 2010.**

<b>Região</b>	<b>Vagas de RM</b>	<b>Médicos especialistas</b>	<b>% população</b>
<b>Norte</b>	1,90	3,65	8,32
<b>Nordeste</b>	11,6	16,18	27,83
<b>Sudeste</b>	63,5	52,59	42,13
<b>Sul</b>	15,9	18,79	14,36
<b>Centro-Oeste</b>	7,10	8,78	7,37

Fonte: CNRM 2010; CFM, 2010; IBGE.

A região Sudeste concentra a maior parte das vagas de residência médica em uma proporção maior que a de médicos especialistas<sup>177</sup> e, ainda maior, em relação à proporção da população residente. As regiões Norte e Nordeste estão em situação desfavorável em relação à proporção de vagas de residência e de especialistas, levando em conta a proporção da população nelas residente. A concentração de serviços de saúde, públicos e privados, geralmente acompanha o desenvolvimento econômico das regiões, numa relação perversa em que os que mais precisam de assistência à saúde são os que menos dispõem de serviços e profissionais de saúde. Os médicos buscam trabalho em locais que apresentem condições econômicas e sociais, que possibilitem o seu desenvolvimento profissional e pessoal, o que significa, em geral, cidades que possuam serviços mais estruturados e especializados e que disponham de recursos tecnológicos.

<sup>177</sup> Há duas formas de obtenção do título de especialista: após a conclusão de um programa de residência médica reconhecido pelo MEC ou mediante concurso da respectiva sociedade de especialidade médica vinculada à AMB.

**Tabela 39. Percentual de médicos que fizeram residência segundo especialidade. Brasil, 2003.**

<b>Especialidades</b>	<b>%</b>	<b>% acumulado</b>
<b>Cirurgia Geral</b>	15	
<b>Clínica Médica</b>	13,60	28,60
<b>Pediatria</b>	11,30	39,90
<b>Ginecologia-Obstetrícia</b>	8,70	<b>48,60</b>
<b>Anestesiologia</b>	6,90	55,50
<b>Cardiologia</b>	6,60	62,10
<b>Urologia</b>	3,30	65,40
<b>Ortopedia e Traumatologia</b>	3,20	68,60
<b>Dermatologia</b>	2,80	71,40
<b>Psiquiatria</b>	2,30	73,70
<b>Oftalmologia</b>	2,30	76,00
<b>Otorrinlaringologia</b>	1,90	77,90

Fonte: CFM, 2004.

Segundo a tabela 39, que apresenta a distribuição das especialidades entre os médicos que fizeram residência médica, apesar do predomínio das especialidades não básicas, as básicas ainda apresentam elevada proporção entre os que cursaram residência médica, 48,60%, o que pode ser explicado pela própria concentração da oferta de vagas nessas áreas, mas também, pelo fato de a residência nessas áreas constituir-se em pré-requisito para outras especialidades<sup>178</sup>. Dados mais recentes das pesquisas analisadas permitem verificar que a proporção de médicos com residência em especialidades básicas está se reduzindo, conforme pode ser visto na tabela 40.

**Tabela 40. Proporção de vagas de RM ocupadas em 2010 e especialistas titulados segundo tipo de especialidade. Brasil, 2011.**

<b>Tipo de especialidade</b>	<b>Vagas de RM ocupadas</b>	<b>Especialistas titulados</b>
<b>Gerais</b>	46,3	38,07
<b>Outras</b>	53,7	61,93

Fonte: CNRM, 2010; CFM/AMB/CNRM, 2011.

A proporção de vagas ocupadas de residência médica, em 2010, em áreas gerais (básicas) (46,3%) é inferior àquela identificada na pesquisa realizada em 2003 (48,60%) e

<sup>178</sup> São exemplos dessa exigência: para qualquer residência médica em especialidade cirúrgica (cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia vascular, cirurgia de cabeça e pescoço etc) é preciso cursar dois anos de residência médica em cirurgia geral. A residência em clínica médica é pré-requisito para outras especialidades clínicas (endocrinologia, nefrologia, cardiologia, pneumologia etc.), da mesma forma, pediatria é pré-requisito para a área de atuação neonatologia e medicina do adolescente, e ginecologia-obstetrícia para mastologia.

deve ser menor ainda se considerar que na definição de especialidades gerais adotada em 2010 foram incluídas além das quatro básicas, medicina de família e comunidade e medicina preventiva e social. Em relação aos especialistas titulados essa proporção é ainda menor (38,07%), o que pode ser explicado pelo fato de o título de especialista ser conferido por meio de residência médica, mas, também, por prova de título aplicada pela sociedade médica da especialidade. A maioria dos especialistas (70,2%) obteve o título por meio da sociedade de especialidade e apenas 19,7% por meio da residência médica (CFM, 2004).

Pode-se concluir até aqui que há um franco predomínio das especialidades não básicas no conjunto dos médicos titulados e que a sua proporção vem aumentando. Essa questão é importante na medida em que, quanto mais especializado o médico, mais resistência ele terá para atuar em áreas onde são exigidos conhecimentos gerais. Apesar de os conhecimentos necessários para a atuação na APS serem tão ou mais extensos e complexos quanto os da maioria das especialidades, há uma diferença significativa em termos de valorização social, inequivocamente maior em relação aos especialistas<sup>179</sup> que lidam com novas tecnologias. Além disso, a residência médica, mesmo nas áreas básicas, à exceção da medicina de família e comunidade, é majoritariamente desenvolvida no ambiente hospitalar e voltada, portanto, para um enfoque especializado, o que a distancia da prática da APS.

Por bastante tempo, debateu-se, no Brasil, a importância da terminalidade do curso médico, ou seja, que a graduação asseguraria o conhecimento necessário para a atuação do recém-formado como generalista. Porém, as iniciativas até aqui implementadas para transformar o currículo médico nessa perspectiva têm se reduzido a uma parcela pequena de escolas, as fortes resistências dos grupos contrários à mudança têm resultado na permanência de currículos tradicionais, caracterizados por uma formação fragmentada, biologicista, cuja prática se concentra no ambiente hospitalar. Há situações ainda mais graves, particularmente em escolas privadas, em que, mesmo essa prática é restrita.

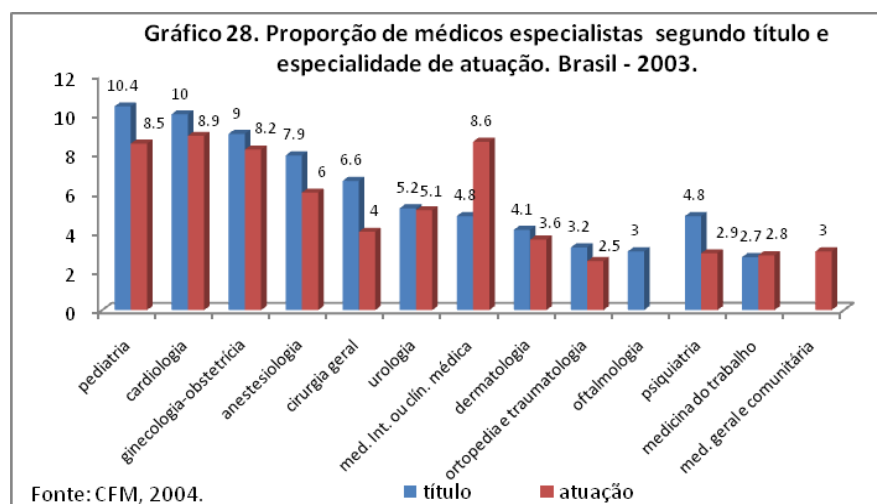
Nesse contexto, junto com a necessidade de transformar a educação médica, tem se fortalecido a proposta de habilitar o médico generalista, no nível da pós-graduação. Nos anos 1970 e 1980 isso se deu por meio da residência em medicina geral e comunitária, sob influência do movimento de mesmo nome. Em 1986, o CFM reconheceu essa

---

<sup>179</sup> Segundo a pesquisa CFM 2011, “a remuneração dos especialistas é geralmente maior do que a dos generalistas o que explica, em parte, a corrida à especialização. (...) Mais do que uma simples divisão de trabalho, a especialização estabeleceu uma hierarquia simbólica da prática e uma tarifação diferenciada do ato médico” (Cremesp/CFM, 2011, p. 57).

especialidade<sup>180</sup>, em 2002, recebe nova denominação: medicina de família e comunidade, fundindo a experiência anterior com a proposta da medicina de família de países da Europa, Canadá e Cuba, que ganhou força com a expansão da estratégia SF no país. As entidades médicas da especialidade consideram necessária a complementação da graduação, sob a forma de residência médica, pois a atuação desse profissional como generalista exige uma gama muito ampla de conhecimentos, dificilmente adquiridos só na graduação. Segundo a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)<sup>181</sup> estão em funcionamento 75 programas de residência médica na área, assim distribuídos: Sudeste - 38 , Sul – 18; Nordeste – 13; Norte e Centro-Oeste – 3 cada uma. Dos 75 programas, estavam disponíveis o número de vagas de 50, que somavam 571. Porém, chama a atenção o não preenchimento de todas as vagas ofertadas, mais um indicador das dificuldades para garantir o interesse dos recém-formados por uma especialização, cujo campo de atuação é a APS.

O gráfico 28 permite uma visão da distribuição das especialidades e as diferenças existentes quando se compara a especialidade obtida por titulação com a especialidade de atuação<sup>182</sup>.



<sup>180</sup> A Resolução CFM nº 1.232/86 reconheceu a Medicina Geral e Comunitária como especialidade médica a partir de solicitação da Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária hoje SBMFC. Essa Resolução foi atualizada pela Resolução CFM nº 1634/2002, com o novo nome da área: Medicina de Família e Comunidade.

<sup>181</sup> Disponível em: < [http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site\\_Acao=mostraPagina&paginaId=22](http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site_Acao=mostraPagina&paginaId=22) >. Acesso em 27 fev 2013.

<sup>182</sup> Há uma diferença entre o especialista titulado, que adquiriu o título por uma das duas vias possíveis – a residência médica reconhecida pelo MEC e o Concurso de Título da respectiva sociedade da especialidade médica, vinculada à AMB – e a especialidade de atuação, decorrente do fato de os órgãos contratadores terem como regra a exigência do título apenas para algumas especialidades e, ao informar a especialidade do contratado, geralmente considerarem o posto ou “vaga” oferecido na especialidade e não o título formal. Isso ocorre porque não é exigida uma especialidade para que o médico exerça a profissão (Cremesp/CFM, 2011).



A pesquisa CFM (2004) baseou-se em informações prestadas pelos médicos a partir de questionários enviados pela internet. O gráfico 28 apresenta as 13 especialidades mais frequentes entre os médicos, segundo título e área de atuação. Para a maioria das especialidades, a proporção de médicos que declarou ser especialista é superior à proporção dos que nela atuam. Duas exceções chamam a atenção: a clínica médica e a medicina geral e comunitária. No primeiro caso, há quase o dobro de profissionais que atuam na área em relação aos que declararam ter o título de especialista. No segundo, medicina geral e comunitária, não aparece entre as 13 especialidades tituladas mais frequentes, porém ocupa o 13º lugar como área de atuação dos médicos. Isso provavelmente se explica pelo fato de que para trabalhar nessas áreas, as instituições geralmente exigem apenas o diploma médico, pois se considera que a graduação garante o conteúdo necessário para essa prática. Com a expansão da estratégia SF, chegando em 15 anos a cobrir cerca de 50% da população, a maioria dos médicos que trabalha nas ESF geralmente não é especialista, nem nas áreas básicas. A tabela a seguir permite uma visão das especialidades nos anos mais recentes.

**Tabela 41. Proporção de médicos especialistas titulados segundo especialidade. Brasil, 2011 e 2012.**

<b>Especialidade</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Pediatria</b>	13,31	11,23
<b>Ginecologia-Obstetrícia</b>	11,15	9,33
<b>Anestesiologia</b>	7,25	6,8
<b>Cirurgia Geral</b>	6,65	8,31
<b>Med. Interna/Clínica Médica</b>	5,2	8,16
<b>Ortopedia e Traumatologia</b>	4,65	3,92
<b>Oftalmologia</b>	4,54	3,68
<b>Medicina do Trabalho</b>	4,43	4,76
<b>Cardiologia</b>	4,26	4,31
<b>Radiologia e Diagnóstico por Imagem</b>	3,53	2,95
<b>Psiquiatria</b>	3,44	2,82
<b>Dermatologia</b>	2,51	2,21
<b>Otorrinolaringologia</b>	2,27	1,86
<b>Cirurgia Plástica</b>	1,96	1,8
<b>Urologia</b>	1,59	1,52
<b>Medicina de Família e Comunidade</b>	1,29	1,21
<b>Endocrinologia</b>	1,25	1,29
<b>Medicina Intensiva</b>	1,2	1,59
<b>Nefrologia</b>	1,09	1,08
<b>Gastroenterologia</b>	1,04	1,3

Fonte: Cremesp/CFM, 2011; Cremesp/CFM, 2013. Elaboração própria.

As pesquisas Cremep/CFM (2011) e Cremesp/CFM (2012) adotaram como metodologia os registros dos Conselhos Regionais de Medicina, integrados ao banco de

dados do CFM. Em relação às especialidades, foram utilizados os bancos de dados da CNRM e da AMB, que reúne as Sociedades de Especialidades. Assim, essas informações dispõem de uma representatividade bastante significativa em relação à população médica. A proporção de especialistas com título em relação ao total de médicos foi de 55,1%, em 2011, e caiu para 53,57%, em 2012. Isso pode sinalizar que o aumento do número de médicos formados nos últimos anos tem sido superior ao crescimento do número de vagas de residência e da titulação pelas sociedades de especialidades.

A pesquisa Cremesp/CFM (2011) adotou um conceito de generalista altamente questionável: médico sem título de especialista<sup>183</sup>. Em nossa opinião, o fato de o médico não possuir título de especialista não o qualifica como generalista, uma vez que a graduação no Brasil não consegue efetivamente formar um generalista. Essa formação pressupõe uma modalidade de prática abrangente e integral, capaz de resolver a maior parte dos problemas de saúde de uma dada coletividade, o que não reflete o perfil da maioria dos egressos das escolas médicas brasileiras. Além do mais, muitos médicos exercem uma especialidade, adquirida na prática profissional, sem dispor de reconhecimento oficial, ou seja, ele não atua como generalista. Provavelmente, com essa definição, o CFM pretendia minimizar o quadro real de superespecialização que caracteriza a medicina no país.

Entre as cinco especialidades mais frequentes encontram-se as áreas básicas – pediatria, ginecologia-obstetrícia, cirurgia geral e clínica médica –, nessa ordem. Porém, observa-se uma redução, mesmo que pequena, das duas primeiras, e crescimento nas outras duas. Uma possível explicação relaciona-se com a busca pelos médicos de especialidades com maior prestígio no mercado, ampliando a participação daquelas com forte vínculo técnico-cirúrgico. Como visto, a clínica médica e a cirurgia geral são pré-requisitos para uma série de outras especialidades, o que pode explicar a sua elevação. A especialidade medicina de família e comunidade aparece em 16º lugar, em 2011, com reduzida proporção (1,29%) e, em 2012, na 19ª posição, apresentando uma discreta diminuição, o que não significa uma redução no número de especialistas da área, mas, um rearranjo nessas posições, devido ao aumento do número de médicos e também dos médicos titulados, a cada ano. Mesmo assim, essa configuração das especialidades médicas põe em evidência a

---

<sup>183</sup> A pesquisa Cremesp/CFM para adotar esse conceito apoiou-se na Resolução do Conselho Nacional de Educação (CNE) nº 4, de 7.11.2001, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina que afirma, em seu art. 3º, que o curso de Medicina “tem como perfil do formando egresso/profissional o médico com formação generalista” (Cremesp/CFM, 2011, p. 58).

contradição existente entre a necessidade de expandir a APS e uma profissão, importante para sua efetivação, que persegue cada vez mais a especialização.

Entre os postos de trabalho médico em estabelecimentos de saúde, públicos e privados, no Brasil, predominam especialidades não básicas (58,5%), segundo a pesquisa AMS (2009), um reflexo da presença majoritária de instituições hospitalares e especializadas no sistema de saúde. Entretanto, separadamente, as especialidades básicas são mais frequentes: clínica geral (16,7%), pediatria (10,0%), ginecologia-obstetrícia (9,5%) e medicina de família e comunidade (6,3%), totalizando 42,5% dos postos médicos de especialidade. O percentual de postos de trabalho de médicos de família dobrou em relação ao existente em 2003, refletindo a expansão da estratégia SF nesse período. Esse dado revela um dos grandes desafios para a implantação de um sistema de saúde organizado a partir da APS: a necessidade de inversão do atual modelo biomédico de medicina tecnológica, que leva ao aumento crescente de especialistas em relação aos generalistas, e até mesmo, em relação às especialidades básicas. Países que implantaram sistemas nacionais com base na APS inverteram essa relação, como a Inglaterra e a França, cujas proporções de médicos generalistas são de 60% e 54%, respectivamente (GIOVANELLA, 2006).

Quanto ao mercado de trabalho médico, uma das principais características apontadas, desde o estudo de Donnangelo, na década de 1970, é a multiplicidade de atividades desempenhadas individualmente pelos médicos, o que significa uma variedade de fontes de renda e de locais de atuação, levando com frequência a prolongadas jornadas de trabalho e desgaste profissional. Como discutido, o mercado de trabalho médico é segmentado pelas especialidades, nas básicas há maior espaço para a relação médico-paciente, enquanto em outras, como as especialidades cirúrgicas e de diagnóstico por imagem, predominam tecnologias e habilidades em procedimentos e intervenções técnicas. Ocorre que essa diferenciação reflete também distintas valorizações sociais, estabelecendo uma hierarquia importante na profissão, que inclui em um extremo os médicos empresários, e, no outro, os assalariados, dependentes de vários vínculos para manter o padrão social desejado.

As pesquisas realizadas em 1995 e 2003 trazem importantes elementos para a compreensão dessa realidade. Observa-se uma elevação no número de atividades por médico nos dois anos pesquisados: em 1995 os percentuais de médicos com 4, 5 e 6 atividades eram de 15,9%, 6,1% e 2,4%, respectivamente, em 2003, essas proporções

elevaram-se para 16,7%, 7,4% e 4,1%, respectivamente. A proporção de médicos segundo tipo de atividade pode ser observada na tabela a seguir.

<b>Local</b>	<b>1995*</b>	<b>2003</b>
<b>Consultório</b>	74,7	67
<b>Público</b>	69,7	69,7
<b>Privado</b>	59,3	53,8
<b>Filantrópico</b>		20,30
<b>Docente</b>		18,9

Fonte: Machado, 1997; CFM, 2004.

\*Não foram pesquisadas, nesse ano, atividades no setor filantrópico e docente.

Uma alteração chama a atenção na tabela 42: em 1995, o consultório privado é o tipo de serviço onde se observa maior proporção de médicos exercendo suas atividades (74,7%), enquanto, em 2003, devido a uma redução na proporção de médicos que trabalham em consultórios, a atividade no setor público passa a ocupar o primeiro lugar (69,7%), porém, sem elevação na proporção dos que mantem esse tipo de atividade, em relação a 1995. Observa-se, também, uma diminuição, em menor proporção, dos que atuam no setor privado. Uma possível explicação pode ser a não inclusão da informação sobre trabalho no setor filantrópico, na pesquisa realizada em 1995, o que pode ter levado os pesquisados a incluí-lo no setor privado, elevando essa proporção. Infelizmente, não dispomos de dados das pesquisas de 2011 e 2012 que permitam atualizar essas conclusões. Para uma melhor precisão, recorreremos à pesquisa AMS, do IBGE, que contempla a questão da ocupação de postos de trabalho médico nos setores público e privado.

A pesquisa AMS constitui uma fonte importante de informações sobre a oferta de empregos em saúde no Brasil. Os postos de trabalho médico não guardam relação com o número de médicos em atividade, pois um médico geralmente ocupa mais de um posto de trabalho, como permite o sistema de saúde brasileiro. Além disso, essa pesquisa não inclui consultórios privados, somente os postos ocupados em estabelecimentos, com boa aproximação da realidade em função de a imensa maioria dos médicos conciliar a atividade no consultório privado com um vínculo público e/ou privado. Um exemplo pode ser observado para 2009, com o total de postos ocupados no Brasil (636.017) superior ao de médicos registrados (371.788) nesse ano, pois a maioria ocupa mais de um posto de trabalho.

**Tabela 43. Médico ocupado por esfera administrativa e setor de atuação. Brasil, 2002, 2005 e 2009.**

<b>Esfera administrativa/Setor</b>	<b>2002</b>	<b>2005</b>	<b>2009</b>
<b>Público Federal</b>	18.931	19.733	23.386
<b>Público Estadual</b>	54.674	63.530	70.442
<b>Público Municipal</b>	136.320	158.104	187.653
<b>Total Público</b>	209.925	241.367	281.481
<b>Total Privado</b>	256.186	286.258	354.536
<b>TOTAL</b>	466.111	286.625	636.017
<b>Diferença Privado-Público</b>	46.261	44.891	73.055
<b>% Privado</b>	54,95	54,25	55,74

Fonte: AMS/IBGE, 2002,2006, 2010.

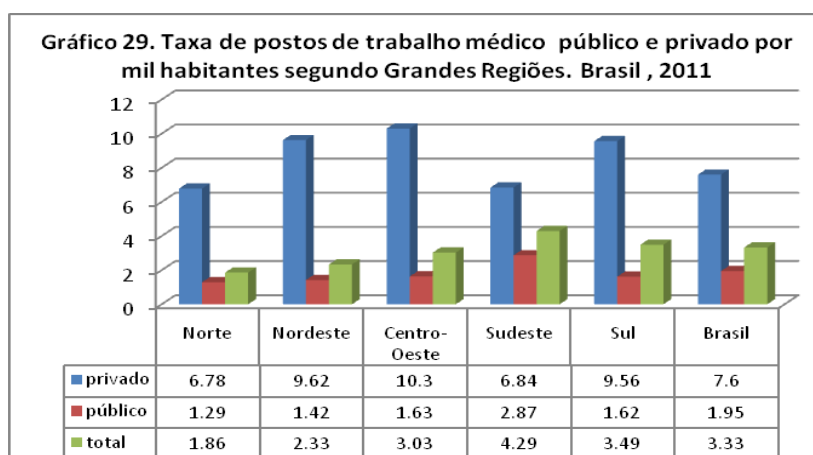
Os dados da tabela 43 revelam um aumento do emprego privado em relação ao público no período: em 2002, havia 46.261 mais postos de trabalho ocupados por médicos no setor privado do que no público; em 2005, essa diferença caiu para 44.891, porém, em 2009, houve uma significativa ampliação, saltando para 73.055, o que, provavelmente, não foi maior graças à expansão da estratégia SF. A proporção de postos privados passou de 54,95% para 55,74%, nesse período, que compreende parte significativa do governo Lula, mais uma expressão da expansão do setor privado na prestação de serviços médicos no país, coerente com o predomínio desse gasto, conforme verificado no Capítulo anterior. Se se considerar a proporção da população que utiliza os serviços desses dois subsistemas – público e privado – teremos uma dimensão aproximada da desigualdade da oferta de postos de trabalho médico.

**Tabela 44. Proporção de postos de trabalho médico em estabelecimentos públicos em relação à população usuária de serviços públicos e privados. Brasil, 2011**

<b>Privado</b>	
Postos de trabalho médico ocupado em estabelecimento privado (AMS/IBGE)	354.536
Usuários de planos privados (ANS)	46.634.678
Postos de trabalho médico ocupado por 1.000 usuários de planos privados de saúde	<b>7,60</b>
<b>Público</b>	
Postos de trabalho médico ocupado em estabelecimentos públicos (AMS/IBGE)	281.481
População que depende exclusivamente do SUS (IBGE)	45.744.609
Postos de trabalho médico ocupado por 1.000 usuários do SUS	<b>1,93</b>
<b>Total</b>	
<b>Postos de trabalho médico ocupado por 1.000 habitantes</b>	<b>3,33</b>

Fonte: Cremesp/CFM, 2011.

A tabela 44 revela que a oferta de postos de trabalho médico no setor privado em relação à população que o utiliza é quase quatro vezes superior (7,60 por 1.000 habitantes usuários de planos de saúde) à oferta no setor público (1,93 por 1.000 habitantes). A situação é ainda menos favorável caso se considere que o conceito de população SUS-dependente é uma deturpação, uma vez que o sistema é universal e deve estar disponível para todos. Nesse caso, a relação posto público/população cai para 1,46. Esse dado reforça mais uma vez as desigualdades existentes no sistema de saúde brasileiro, que apesar de ser universal, apresenta uma crescente hegemonia dos serviços privados, a chamada americanização. A mesma desigualdade reproduz-se nas diferentes regiões do país, com graus diferenciados, conforme pode ser visualizado no gráfico 29.



Fonte: AMS/IBGE; ANS; IBGE; Cremesp/CFM, 2011.

Chama atenção a observação de que as maiores taxas de postos médicos privados por mil habitantes encontram-se nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, superando as das regiões Sul e Sudeste, que historicamente, apresentaram as maiores concentrações de serviços privados. Como não se trata do número absoluto de postos médicos, mas de sua proporção em relação à população, isso explica o fato de a região Sudeste, com a maior concentração populacional do país, apresentar taxa semelhante à da região Norte. As elevadas taxas em regiões, anteriormente menos exploradas, revelam que a capitalização da saúde está se acentuando nesses territórios.

Quanto aos tipos de serviços nos quais os médicos desenvolvem sua atividade, a pesquisa CFM revela a persistência, em 2003, do hospital como o principal local de exercício da profissão, no setor público e no privado, respondendo por 56,6% e 68,5%, respectivamente, do trabalho dos médicos em cada setor, maior no particular. Nas pesquisas Cremesp/CFM de 2011 e 2012 não foram contempladas essas informações.

Entretanto, comparando os dados relativos a 1995 com os de 2003, observa-se, no setor público, uma ampliação da atuação dos médicos em unidades que compõem o campo da APS: os postos de saúde passaram de 1,3%, em 1995, para 14,3%, em 2003. Além disso, em 2003, aparecem na pesquisa as USF, representando 4,9% dos locais de atividade médica. Incluem-se, ainda, os centros de saúde, com 5%, em 2003, totalizando nesse ano 24,2% de atividades da APS. Na realidade, as unidades de APS substituíram o ambulatório, como segundo principal local de atividade, pois esse respondia por 30,1% da atividade médica no setor público em 1995, caindo para 9,2%, em 2003 (MACHADO, 1997; CFM, 2004). Essa expansão da atividade médica na APS tem reflexos no modo como a categoria passa a olhar esses serviços, como veremos mais adiante.

A pesquisa AMS possibilita uma abordagem em relação à jornada de trabalho dos médicos para os diversos tipos de estabelecimentos de saúde. A jornada integral (40 horas semanais) constituiu-se em um dos pilares do trabalho da ESF, pois viabiliza tempo de trabalho necessário para a realização das atividades clínicas e de promoção da saúde, planejamento e organização do trabalho, além de atividades extramuros, como assistência domiciliar para usuários que não podem se deslocar até à unidade ou que necessitam de atenção especial. Aliás, ressalte-se que, nas concepções originais da reforma sanitária, considerava-se fundamental estimular a jornada integral dos profissionais de saúde, com o objetivo de que eles se dedicassem apenas ao setor público, devendo, para isso, ser bem remunerados. Observa-se na tabela 45 o que a prática tem mostrado: a jornada integral vem perdendo espaço para a jornada parcial, passando de 60,10%, em 2002, para 56,99%, em 2009, dos médicos de família.

Ano	Integral		Parcial		Indefinida		Total
	N	%	n	%	n	%	n
<b>2002</b>	9.945	60,10	5.833	35,25	769	4,65	16.547
<b>2005</b>	19.609	64,36	9.849	32,32	1.011	3,32	30.469
<b>2009</b>	22.700	56,99	15.651	39,29	1.482	3,72	39.833

Fonte: IBGE, 2002, 2006, 2010. Elaboração própria

É provável que no cotidiano dos serviços a situação seja bem pior, uma vez que são comuns os acordos de não cumprimento de jornada, estabelecidos entre gestores e médicos. A carência de médicos dispostos a trabalhar na APS, por motivos discutidos ao longo deste Capítulo, reforça o seu poder de barganha em relação aos gestores, no sentido

de estabelecer a jornada que lhes interessa cumprir, independe do estabelecido nos contratos. Esse dado traz mais um elemento para compreender o problema do acesso da população aos serviços de APS - SF ou modelo tradicional –, uma vez que a insuficiência de serviços se agrava em função da redução real de horas disponíveis de trabalho médico para o atendimento, o que termina por gerar problemas com os demais profissionais da equipe, cuja jornada de trabalho é a mesma. Recentemente, o MS admitindo essa realidade, editou portaria adotando várias possibilidades para a jornada dos médicos das equipes de SF<sup>184</sup>, associadas a diferentes níveis de financiamento.

A pesquisa CFM (2004) também apurou a opinião dos médicos sobre a implantação do SUS e do PSF. De um modo geral, a maioria dos médicos se posicionou de forma desfavorável tanto ao SUS<sup>185</sup> quanto ao PSF<sup>186</sup>, porém, de maneira menos acentuada em relação ao segundo, uma proporção elevada considerou positiva a ampliação do emprego médico (74,6%) e da cobertura de assistência (70%) que esse produziu, refletindo um descolamento do PSF em relação ao SUS na avaliação. Quando questionados sobre a ordem de prioridade a ser adotada, em um rol de iniciativas, para garantir melhores condições de trabalho e de assistência à população, a maioria se posicionou da seguinte forma: condições de trabalho (93%); remuneração (92,6%); infraestrutura (91,3%); plano de carreira (84,1%)

As medidas até agora adotadas para enfrentar o problema da escassez de médicos no sistema público nas pequenas cidades, principalmente, nas regiões mais distantes e, também, na periferia dos grandes centros, não têm revertido essa situação, que tende a se agravar. Um indicador recente foi a mobilização de prefeitos com o fim de exigir dos governos estaduais e federal apoio concreto para resolver o que eles denominaram de “um dos principais problemas de saúde”: a falta de médicos. Em matéria publicada no jornal

---

<sup>184</sup> A Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011, cria cinco modalidades de ESF e uma chamada de equipe transitória, segundo a carga horária semanal do médico. As ESF poderão ter médicos com 40, 30 ou 20 horas semanais de trabalho, com diferentes incentivos financeiros do PAB variável SF. A equipe de transição contará com médico de 20 horas semanais e receberá 60% do incentivo.

<sup>185</sup> Em relação ao SUS, as avaliações foram as seguintes: cobertura da assistência - 50,7% aumentou/melhorou; emprego médico - 44,8% aumentou/melhorou; condições de trabalho - 52,6% piorou; rendimento médico - 52,4% piorou; qualidade dos serviços - 47,4% piorou; organização dos serviços - 40,7% piorou. Como os principais aspectos relacionados com o trabalho médico – o rendimento e as condições de trabalho – foram avaliadas negativamente, “pode-se concluir que a repercussão da implantação do SUS acarretou, na visão dos médicos, mais a deterioração do seu trabalho que a sua melhora” (CFM, 2004, p. 105).

<sup>186</sup> Em relação ao PSF, além das avaliações positivas relativas à ampliação do número de empregos médicos e da cobertura da assistência, as demais são, de um modo geral, negativas. Em média, 46% considerou que não se alteraram as condições de trabalho, a organização e a qualidade dos serviços e o rendimento médico (CFM, 2004, p.106).



Correio Braziliense<sup>187</sup>, o presidente da Associação Brasileira de Municípios (ABM) relata a situação crítica da maioria dos municípios em relação à fixação de médicos, mesmo onde há uma maior presença desses profissionais, sendo obrigada a elevar salários e benefícios acima de sua capacidade financeira e, mesmo assim, concursos públicos e processos seletivos são concluídos sem que as vagas sejam preenchidas. A ABM cobrou: ampliação de vagas nos cursos de medicina e na residência médica; apoio da União para fixação de médicos no sistema público de saúde, contratados pelas prefeituras; e autorização para que profissionais formados no exterior possam trabalhar no país. A ABM também chamou a atenção para o crônico problema da escassez de recursos e exigiu da União e dos governos estaduais maior participação no financiamento do SUS, pois os municípios estão sobrecarregados de demandas, sem o repasse de recursos que lhes permitam atendê-las.

Por outro lado, as entidades médicas manifestam-se de forma contrária às principais propostas dos municípios, como a ampliação de vagas em escolas médicas e medidas que facilitem a atuação no país de médicos formados no estrangeiro<sup>188</sup>. O presidente do Cremesp assim se manifestou: "O que fixa o médico é ter renda, condições de trabalho e perspectiva de ascensão profissional"<sup>189</sup>. Dessa polêmica, conclui-se que, além da falta de médicos e de sua concentração em determinadas especialidades e em serviços privados nos grandes centros, como visto anteriormente, há uma crônica situação de desfinanciamento do sistema público de saúde, que limita a expansão dos serviços e precariza as condições de trabalho, acentuando a dificuldade dos municípios em manter a qualidade da assistência e atender às necessidades da população. O pleito dos municípios por apoio financeiro é mais um sinal dessa situação.

Mais que isso, o padrão de crescimento capitalista tem acentuado desigualdades de toda ordem: regionais, no interior das cidades, entre categorias de trabalhadores, e, principalmente, entre os que podem e os que não podem pagar pelo atendimento à saúde. As políticas de saúde implementadas pelo Estado, sob a hegemonia do neoliberalismo, impedem a concretização do direito à saúde, e têm favorecido a expansão da exploração privada no setor, conforme analisado no capítulo anterior, e aqui evidenciada por uma

---

<sup>187</sup> "Os municípios e a falta de médicos", matéria assinada por Eduardo Tadeu Pereira, presidente da Associação Brasileira de Municípios. Correio Braziliense. Caderno Opinião, 2 mar 2013.

<sup>188</sup> "CFM é contra novas faculdades e importação de médicos", matéria veiculada pelo jornal O Estado de São Paulo, 11 nov 2012. Disponível em < <http://www.estadao.com.br/noticias/geral/cfm-e-contra-novas-faculdades-e-importacao-de-medicos,972201.0.htm> >. Acesso em: 8 mar 2013.

<sup>189</sup> Matéria intitulada "SP tem 29% dos médicos especialistas do país", publicada no jornal Folha de S. Paulo, Caderno Ciência + Saúde, 26 fev 2013. Disponível em < <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cienciasaude/95669-sp-tem-29-dos-medicos-especialistas-do-pais.shtml> >. Acesso em 8 mar. 2013.

maior expansão dos postos de trabalho médico no setor privado em relação ao público. Isso se dá, em grande medida, em função das dificuldades de organização e mobilização das classes interessadas na concretização de um sistema universal de saúde.

Porém, a crítica dos médicos, nos tempos atuais, não se limita ao SUS. A resistência a se integrar às políticas públicas de saúde, justificada por uma possível perda de autonomia profissional, ideal da profissão que seria plenamente realizada apenas no exercício da medicina liberal, no espaço do consultório privado isolado, nas últimas décadas, tem se somado a uma crescente percepção negativa em relação aos convênios privados. Os planos privados têm imposto restrições importantes à atividade no consultório, crescentemente dependente desses convênios. A pesquisa CFM (2004) captou de forma inequívoca essa posição adversa em relação aos convênios, caracterizada pela entidade como unânime em todo o país, e cujo fundamento é a percepção pelos médicos de sua transformação de profissional liberal em trabalhador. Para 83,60%, o sistema de convênios levou à piora da liberdade de fixação de honorários; 83,40% consideraram que houve aumento da burocracia no trabalho no consultório e 78%, que a autonomia profissional piorou. As raízes dessa perda de autonomia encontram-se na própria evolução da medicina do capital.

Ao analisar o processo de surgimento e consolidação da medicina empresarial nos EUA, Starr (1991) destacou o papel do financiamento público destinado aos programas Medicare e Medicaid, que ao fazer com que a saúde fosse lucrativa para os prestadores de serviços, foi decisivo para torná-la extremamente atrativa para os investidores, pondo em marcha a formação de grandes empresas corporativas. No começo dos anos 1970, esse processo foi descrito como o nascimento do complexo médico-industrial. Nos anos 1980, essa dinâmica assume novas proporções, o que alguns denominaram de “novo complexo médico-industrial”, pois passa a envolver grandes negócios que vendem serviços de saúde a pacientes com fins lucrativos (cadeias de hospitais, clínicas de atenção externa, centros de diálise e empresas de atenção domiciliar). Essa denominação visava a evidenciar uma diferenciação em relação aos “antigos” complexos de indústrias, que produziam e vendiam fármacos e equipamentos. Com a penetração do capital financeiro no setor saúde, via seguradoras, é introduzida uma outra lógica na produção da saúde, a da redução dos custos da assistência médica (MERHY, 2005).

Merhy (2005) chama a atenção para as contradições no seio do próprio capital envolvido com a assistência médica. De um lado, o capital industrial vinculado ao modelo hegemônico da medicina tecnológica, para o qual a acumulação depende do consumo cada

vez maior de procedimentos e insumos diagnósticos e terapêuticos. De outro, o capital financeiro associado às seguradoras, interessado nos lucros crescentes do mercado da saúde, para o qual, quanto menores os custos, maior a acumulação. E é essa necessidade, acentuada em função da crise econômica, que se configura como uma crise estrutural do capital, que determina uma nova modalidade de atuação, com reflexos diretos na autonomia dos médicos em relação ao seu processo de trabalho.

Starr (1991) ressalta a ironia do fato de os médicos, nos EUA, terem lutado tanto para impedir qualquer forma de controle e regulação da assistência médica por parte do Estado, que pudesse restringir a sua autonomia profissional e, portanto, os seus rendimentos, quando a verdadeira ameaça veio exatamente dos setores empresariais que se beneficiaram dessa falta de controle. Starr (1981), porém, considera que a medicina empresarial não acarretaria uma “proletarização” dos médicos, pois isso sugeriria uma perda total de controle desses profissionais sobre suas condições de trabalho, o que é pouco provável. Como os médicos detêm o saber técnico, as empresas necessitam deles para aumentarem seus rendimentos, no caso dos hospitais por meio das internações e, no caso dos planos pré-pagos, para controlar essas admissões nos hospitais e os gastos gerais. Além disso, como as empresas precisam de um certo modo de trabalhar dos médicos (que favoreça o consumo de seus produtos), são mais generosas com eles do que com outros trabalhadores, propiciando recompensas e garantindo alguns privilégios, porém

se se compara com a prática individual, o trabalho empresarial exigirá necessariamente uma perda profunda de autonomia. (...) haverá mais regulação sobre o ritmo e as rotinas do trabalho. E muito provavelmente a empresa requeira um certo nível de desempenho, seja o que se mede em lucros gerados ou em pacientes tratados por hora (STARR, 1991, p. 521).

As seguradoras e os empresários, diante da crise e dos gastos elevados, passam a operar com a lógica da redução dos custos da atenção médica. Para isso, são elaboradas medidas que visam à avaliação da realização de procedimentos médicos no sentido de não pagar atos considerados desnecessários. Mais uma vez, vêm dos EUA as novas orientações de organização das ações de saúde para atender aos interesses do capital. Mehry (2005) alerta para a divulgação da proposta da Atenção Gerenciada (AG) (*Managed Care*), na América Latina, por meio de organismos internacionais e das sociedades médicas locais, cuja origem remonta aos anos 1970, nos EUA. A nova estratégia se contrapõe ao modelo hegemônico da medicina tecnológica, pautado pela realização excessiva de procedimentos, pois busca a racionalização dos custos da produção dos atos de saúde, cujo eixo é o

“gerenciamento do cuidado em saúde”. Uma espécie de gerencialismo<sup>190</sup> chega à gestão da atividade médica para atender aos interesses do capital financeiro, que tem penetrado os serviços de saúde no plano mundial.

Como a elevação dos custos da assistência médica está vinculada, de forma estreita, ao processo de decisão clínica dos médicos, responsáveis pela solicitação de exames e utilização de processos terapêuticos, para enfrentar o problema é preciso interferir nesse processo decisório para racionalizar o consumo. A AG propõe a “transferência do processo de decisão, sobre as ações de saúde a serem realizadas nos serviços, do campo das corporações médicas para o dos administradores, como uma estratégia vital para atacar a relação custo-benefício do sistema” (MERHY, 2005, p. 69). O resultado é uma intervenção direta no processo de trabalho médico e, portanto, uma restrição concreta à autonomia profissional, com consequências também para aqueles que buscam na assistência médica o alívio para os seus males. Essa nova estratégia não substitui a anterior, da medicina tecnológica, apenas se junta a ela, pois representa outro setor de capital em busca de nichos de acumulação. O resultado desse processo, somado à omissão crescente do Estado de suas responsabilidades com a garantia do direito à saúde, é um sistema cada vez mais segmentado, cujos produtores diretos – os médicos – também se apresentam, progressivamente, mais segmentados, com o aumento da camada de médicos empresários, de um lado, e daqueles que, mesmo mantendo sua atividade no consultório, estarão cada vez mais subordinados aos interesses do capital, de outro. Como assinala Starr (1991, p. 523), “o ‘centro de saúde’ de uma era é substituído pelo ‘centro do lucro’ da seguinte”.

Berlinguer (1988), ao analisar a reforma sanitária italiana, destacou a posição dos partidos de esquerda, que trabalhavam com a ideia de que “sem os médicos e contra os médicos não se faz a reforma” e, considera que talvez isso tenha colaborado para reduzir a oposição deles à reforma<sup>191</sup> e para que assumissem uma posição sintetizada pelo autor

---

<sup>190</sup> O gerencialismo é uma corrente da administração pública que surgiu a partir da crise do Estado de bem-estar social e da emergência do neoliberalismo, com vistas a instrumentalizar a contrarreforma do Estado como resposta à crise de acumulação capitalista iniciada nos anos 1970. Seus eixos são a redução do aparelho de Estado, a transferência de parte significativa das responsabilidades para entidades da chamada sociedade civil e para a iniciativa privada, a busca pela eficiência como valor fundamental, apoiada no controle dos gastos públicos e na avaliação de desempenho. Um exemplo claro dessa concepção de gestão pode ser visto no PDRAE, adotado no governo Fernando Henrique Cardoso.

<sup>191</sup> Berlinguer (1988) relembra a oposição dos médicos ingleses à introdução do *NHS*, a posição dos médicos norte-americanos, financiando campanhas de massa, contra as tímidas iniciativas do governo para ampliar a medicina pública nos EUA. Destaca, também, a posição ativa da maioria dos médicos chilenos contra a política sanitária e contra o governo da Unidade Popular no Chile, a ponto de contribuir para abrir caminho à ditadura militar.

como a de “nem aderir, nem sabotar”, pelo menos até aquele momento das mudanças. Em face do lugar estratégico que os médicos e os demais profissionais de saúde ocupam na execução das ações de saúde, é necessário, de um lado, desenvolver uma estratégia para ganhá-los para a mudança, neutralizando os setores mais conservadores, e, de outro, construir um processo de transformação de suas práticas, de forma que o mercado deixe de ser seu determinante, e que, no seu lugar, passem a ser fundamentais as necessidades de saúde dos usuários.

A construção de um sistema universal tendo como eixo estruturante a APS e não mais o hospital, no qual os médicos possam realizar plenamente sua atividade profissional, exige a superação da fragmentação e da alienação próprias do modo atual de produção da saúde no contexto do capitalismo, recuperando o sentido do trabalho em saúde, que é mais do que a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Exige, também, uma nova prática, pautada pelo envolvimento e pelo compromisso com o objeto do seu trabalho – os cidadãos e suas necessidades de saúde - e com o resultado a ser perseguido em termos de melhoria de saúde individual e coletiva. Resultado que só será alcançável, a partir da inserção concreta dos médicos na lógica do trabalho em equipe, compartilhando com os demais trabalhadores da saúde a realização de um objetivo comum. Esse modo de produzir saúde é o horizonte dos que acreditam que é possível e necessário mudar a realidade. Porém, isso só se fará a partir de um processo de luta social, em que os de baixo se ponham em movimento para impor limites à exploração da doença e recoloquem no horizonte a necessidade de uma nova sociedade, na qual a saúde possa ser, substantivamente, um direito.

## Conclusões

Aprofundar o conhecimento sobre alguns dos determinantes dos obstáculos à efetiva implementação de um sistema universal de saúde no Brasil, tendo como eixo estruturante a APS foi o objetivo que norteou este estudo. Isso porque a viabilização desse sistema passa pela substituição do hospital moderno, resultado das transformações que o capitalismo engendrou na produção da saúde e no desenvolvimento científico e tecnológico, por uma rede de serviços básicos, abrangente e resolutiva, capaz de desenvolver novas práticas voltadas para a satisfação das necessidades de saúde dos usuários. O desafio é superar a lógica hegemônica focada no indivíduo e no biológico, que menospreza os determinantes sociais e subjetivos do processo de adoecimento e de recuperação da saúde, e a antiga dicotomia ação preventiva/curativa, e incorporar a dimensão da integralidade do cuidado, transformando o hospital em um serviço de apoio para problemas específicos, a sua real vocação.

A construção do sistema de saúde e da APS com essas características não é produto de um processo técnico-administrativo de elaboração de normas e portarias, que são, no máximo, meios para a concretização de mudanças. É sim, resultado de um processo de luta social e política, no qual as classes que vivem do trabalho, aliadas aos interessados na concretização dos direitos sociais, recuperem seu protagonismo. Os sistemas universais de saúde, implementados ao longo da história mais recente, foram fruto de conjunturas políticas e econômicas que favoreceram a adoção, pelo Estado, nos marcos do capitalismo, de políticas sociais que, de um lado, serviram para satisfazer as necessidades sociais dos trabalhadores e, de outro, contribuíram para a reprodução das condições necessárias à acumulação de capital.

O Estado de bem-estar europeu foi produto de uma conjunção de fatores políticos – fortalecimento do movimento operário, acirramento da luta de classes, pressão das políticas sociais avançadas no bloco socialista sobre os países capitalistas, acordo histórico entre capital e trabalho –, e econômicos – crescimento sem precedentes do pós-guerra (os anos de ouro do capitalismo) e adoção de políticas keynesianas, que propiciaram as condições para que o Estado ampliasse direitos e benefícios sociais. Porém, a partir dos anos 1970, inicia-se uma crise de natureza diferente, caracterizada como uma crise estrutural, que põe em risco a sobrevivência da própria humanidade, ameaçada tanto pela

corrosão do trabalho como pela destruição da natureza, consequência da exploração capitalista sem limites.

Nesse contexto, ressurgem as ideias liberais, recicladas com nova roupagem, mas com velhos objetivos: superar a crise, à custa do trabalho, para retomar o crescimento econômico e a acumulação capitalista. A estratégia apóia-se em uma série de contrarreformas, que visam a retroceder os direitos sociais. No processo de luta política e ideológica, o Estado de bem-estar é responsabilizado pela crise e chamado, mais uma vez, para salvar o capital. O fim da experiência do chamado “socialismo real” no leste europeu contribuiu, também, para a hegemonia do pensamento único, pois promoveu um duro golpe nas ideias de igualdade social e de uma sociedade sem exploração. As concepções do capitalismo como modo de produção definitivo e do fim da história ganharam força. Os partidos de esquerda e os sindicatos perderam base social e muitos adotaram programas menos combativos. Graças à desregulamentação, o capital financeiro pôde circular mais livremente, dispondo, de forma crescente, do fundo público para garantir a acumulação.

Com o desenvolvimento de tecnologias poupadoras de trabalho – geradoras de desemprego –, o capital lançou mão da reestruturação produtiva para tentar recuperar o crescimento econômico. A flexibilização das relações de trabalho significaram a perda de conquistas históricas e o surgimento de diversas modalidades de trabalho – precário, temporário, terceirizado, subcontratado –, a chamada subproletarização. Outra consequência dessas transformações foi a segmentação do trabalho, decorrente do processo de especialização que produziu, de um lado, um trabalhador ultra especializado, mais valorizado no mercado, e de outro, uma massa de trabalhadores que transita entre o desemprego e a informalidade. Essa segmentação também se expressa no trabalho em saúde: a crescente de especialização leva uma parte dos médicos, os que atuam com tecnologias mais avançadas, para o topo da hierarquia profissional.

A história do Brasil é marcada pelas transições operadas pelo alto pelas elites dominantes, tudo para garantir que as mudanças não colocassem em risco a dominação. Foi assim com a Independência negociada, que gerou um Estado nacional com as mesmas relações de produção do antigo império e, também, com a proclamação da República, patrocinada pelas elites e executada por líderes militares, sem participação popular. Nesses processos, os trabalhadores foram meros expectadores da disputa política. Os inúmeros movimentos de revolta contra esse estado de coisas foram esmagados pelo despotismo das classes dominantes, acostumadas a tratar a questão social como caso de polícia. A eliminação tardia da escravidão abriu espaço para mudanças nas relações de produção,

cujo eixo passou do campo para a cidade, mas, conforme a tradição, ocorreu por cima, num processo de brancos para brancos, resultando na não incorporação dos ex-escravos à sociedade salarial, mantidos em uma condição de assalariamento quase escravo.

O desenvolvimento tardio do capitalismo no Brasil e sua inserção periférica na ordem mundial determinaram a constituição de uma economia dependente, voltada para o atendimento das necessidades das metrópoles, cujas principais características, no período colonial, foram a grande propriedade, a monocultura e o trabalho escravo. Daí decorre a principal marca do capitalismo no país – a profunda desigualdade social. A exploração do trabalho escravo assumiu características devastadoras, deixando pouco espaço para o trabalho livre, que nasceu com essa marca. Contribuíram para isso o fato de as classes dominantes terem construído um Estado à sua semelhança, entranhado pela tradição do patriarcado, do clientelismo e do patrimonialismo, em que o público e o privado se misturam, e também, as dificuldades dos trabalhadores se organizarem como classe e construirem um projeto político alternativo.

Os longos períodos ditatoriais com severas restrições à liberdade de organização, somadas à política sindical inspirada no fascismo italiano, cujos pilares eram o atrelamento dos sindicatos e a cooptação de lideranças, contribuíram para debilitar a luta da classe trabalhadora. Aqui, mesmo a restrita democracia, que o capitalismo inaugurou, demorou a se consolidar, o que ocorreu somente a partir da CF de 1988, porém, de forma limitada pela hegemonia internacional das ideias de livre mercado. Nesse contexto, as políticas sociais sempre assumiram um caráter compensatório, residual, utilizadas pelos governos autoritários para garantir legitimidade social, por isso os principais avanços ocorreram na ditadura do Estado Novo e no período militar pós-64. Durante longos anos, as necessidades sociais foram atendidas pelas próprias famílias ou pela caridade cristã.

A industrialização seguiu o mesmo padrão de submissão das classes dominantes locais aos interesses capitalistas das potências mundiais. As greves e mobilizações operárias foram tratadas pelo Estado como caso de polícia. O embrião das políticas sociais aparece em 1923, com a Lei Eloy Chaves, que instituiu as CAPs, a base da previdência social brasileira. Para garantir as condições de produção, a política de saúde centra-se no controle das epidemias, em ações de saneamento do meio e campanhas sanitárias e na atuação da polícia sanitária, enfrentando, às vezes, a revolta popular. A Revolução de 30, resultado da alteração dos grupos oligárquicos no poder, dá um novo impulso à industrialização e à emergência de políticas sociais de caráter corporativo e segmentado, inspirada no seguro social de Bismarck, que associa benefícios à contribuição relacionada



ao trabalho. A regulamentação das relações de trabalho, que restringe a liberdade sindical, busca atenuar os conflitos sociais decorrentes das precárias condições de vida dos trabalhadores. A política de saúde surge com a divisão que marcou o século XX: a assistência médica individual para os inseridos no mercado formal de trabalho, de um lado e, de outro, a saúde pública, centrada na prevenção, e dirigida para os pobres e desempregados. Cada setor em um ministério distinto.

Nesse contexto, a APS se desenvolve como parte das ações de saúde pública, sob influência de modelos norte-americanos, trazidos por fundações e organismos internacionais. A partir da década de 1930, são implantados os centros de saúde e os postos de higiene, sob a égide da separação entre ação preventiva e curativa, inspirados não na proposta original do centro comunitário de saúde, mas no que restou dele, apartado da assistência médica e direcionado para os programas verticais de saúde pública e para o atendimento de populações não inseridas no mercado de trabalho. Esses serviços sanitários apresentaram ciclos de expansão dirigidos para regiões e áreas onde o capital necessitava de condições sanitárias adequadas à acumulação. Precariedade e distribuição desigual nas regiões do país são características importantes dessas unidades, reflexo do baixo investimento na saúde pública e do processo de desenvolvimento desigual, próprio do capitalismo. Os recursos escassos arrecadados pelo Estado eram direcionados para o fomento da industrialização.

A influência francesa, centrada na bacteriologia, que considera o agente etiológico como determinante e o meio ambiente como facilitador do adoecimento, e cujos instrumentos centrais eram a polícia médica e as campanhas sanitárias, é substituída pela norte-americana, cujo eixo é a educação sanitária, que responsabiliza os indivíduos pelo adoecimento e visa ao controle de doenças por meio da inculcação de uma consciência sanitária que crie hábitos saudáveis. As duas concepções não consideravam as relações sociais determinantes do processo saúde-doença. Mesmo antes dos anos 1930, constata-se o predomínio de serviços hospitalares, a maioria privada, no sistema de saúde. Assim, foram estabelecidas as bases da política de saúde que prevaleceu até o fim do período militar: assistência médica como benefício da previdência social, oferecida principalmente em hospitais privados, e saúde pública desenvolvida por meio de campanhas sanitárias e serviços básicos, insuficientes e centrados em programas verticais e educação sanitária.

O SESP, criado durante a Segunda Guerra Mundial para atender o interesse norte-americano de controle de algumas doenças, foi um símbolo da política sanitária getulista que perdurou por quase 50 anos, e se constituiu no segundo referencial importante para a

expansão da APS. Sua concepção, um pouco mais avançada que a dos centros de saúde, baseava-se em uma rede de unidades, umas mais simples (postos e subpostos) e outras mais complexas (centros de saúde), referências para aquelas. Apesar de buscar superar a dicotomia entre prevenção e cura, manteve as limitações das concepções liberais de responsabilização do indivíduo pela ocorrência da doença e da mobilização local como meio de solução dos problemas, substituindo o papel do Estado. Em um contexto de baixo financiamento da saúde pública, durante toda a sua existência, o SESP implantou apenas 524 unidades, nas regiões Norte e Nordeste do país.

No final dos anos 1950, inicia-se a longa crise financeira da previdência social, relacionada com o pagamento insuficiente de contribuições por parte de governo e empregadores e com o aumento dos gastos com benefícios, a utilização de recursos para a construção de moradia e a elevação sem precedentes dos custos da assistência médica, decorrente da ampliação do setor privado contratado e da revolução tecnológica, que multiplicou o número de procedimentos. O baixo poder aquisitivo da maioria dos trabalhadores inviabilizava o aumento do consumo de serviços privados. Assim, como ocorreu com a industrialização, o apoio do Estado foi vital para avançar a mercantilização da medicina. O financiamento público propiciou a instituição de duas marcas da assistência médica no Brasil: a expansão dos serviços privados com a criação das empresas médicas e o fortalecimento do hospital como *locus* central da assistência. Do outro lado, a saúde pública e os serviços básicos padeciam da crônica falta de recursos.

Com a crise econômica e o desgaste do regime militar, surge a luta pela redemocratização e por direitos sociais e, com ela, o movimento sanitário, que emerge entre setores mais à esquerda das universidades e da saúde pública. O movimento elabora as diretrizes do projeto de mudança da política de saúde, inspiradas no modelo dos sistemas universais de saúde e contemplando como questões centrais: a determinação social da doença, a historicidade do conceito saúde-doença, o processo de trabalho em saúde, o poder médico e a medicalização. A composição política e ideológica do movimento sanitário era bastante heterogênea, com divergências também em relação à tática para avançar a reforma. Alguns priorizavam a ação no aparelho de Estado, ocupando brechas, outros defendiam ênfase maior no estreitamento de laços com o movimento social. Na prática, predominou a primeira visão, pois a aproximação com os movimentos populares de saúde ocorreu de modo informal e transitório, já na disputa no processo Constituinte, o que determinou sua fragilidade e os resultados futuros.

Diferentemente de outros países, como a Inglaterra e a Itália, onde a reforma sanitária nasceu com forte apoio do movimento operário, no Brasil, apesar do processo de renovação das direções sindicais e políticas, as organizações dos trabalhadores não assumiram efetivamente o direito à saúde como questão central, restringindo-se à defesa formal do SUS. Mais que isso, como evidência desse frágil laço com a reforma, o movimento sindical, mesmo os setores mais progressistas incluiu na pauta de reivindicações a realização de convênios privados, como ocorreu nos EUA. Isso contribuiu para a expansão dos planos privados, mas, principalmente, para retirar a efetivação do sistema público da de luta concreta do movimento, transformando o serviço privado no ideal a ser perseguido. Para agravar essa situação, a conquista da democracia não resultou em mudanças substantivas em relação aos direitos sociais, apesar dos significativos avanços no terreno legal. A crise econômica e a adoção do receituário neoliberal pelos governos eleitos precarizaram as relações de trabalho e aprofundaram o desemprego, deteriorando a condição de vida dos trabalhadores e enfraquecendo suas lutas. Para o que também contribuiu a derrocada da experiência socialista na Europa do Leste, afetando ideologicamente o movimento operário, particularmente, os partidos e movimentos de esquerda, pois, representou para muitos um duro golpe na perspectiva de superação do capitalismo. As classes dominantes utilizaram, de forma sistemática, essa derrota para reforçar a ideologia do pensamento único, do fim da história e da permanência do capitalismo.

Assim, a reforma sanitária brasileira nasce em um contexto político e econômico desfavorável, de fragilização do movimento operário e popular, os principais interessados na sua concretização, e de franca hegemonia neoliberal, traduzida em várias iniciativas para esvaziar o sentido concreto dos direitos sociais, particularmente, no coração de sua sustentação, o financiamento público. Os governos que se sucederam adotaram o receituário do ajuste fiscal, preconizado por organismos financeiros internacionais. Após a experiência aventureira de Collor, o governo FHC, apoiado no PDRAE, foi eficaz no desmonte do Estado. As privatizações e a redução do gasto social constituíram suas principais marcas. A trajetória do governo Lula foi surpreendente, pois o PT – principal partido de sustentação – nasceu do movimento operário e popular e dos grupos de esquerda, e encabeçou a resistência às contrarreformas neoliberais dos governos anteriores. Porém, o primeiro presidente operário do país, já na campanha eleitoral, esforçou-se por dar garantias o capital de que a política econômica não mudaria, conforme compromissos expressos na Carta ao povo brasileiro.

Assim, as políticas sociais neoliberais persistiram no Brasil de Lula. O processo de capitalização dos direitos sociais recebeu novo alento. Na educação, o ProUni destinou vultosos recursos para escolas privadas. A continuidade das contrarreformas de FHC na previdência social restringiu benefícios e, assim, facilitou a abertura de mercado para lucrativos fundos de pensão. A persistência do subfinanciamento da saúde levou ao fortalecimento do setor privado, concretizando a contradição de um sistema universal na lei, mas, segmentado e com predomínio do gasto privado, na prática. A focalização, da política social na pobreza, via programa de transferência de renda, nos moldes preconizados pelos organismos internacionais, exige comprovação de meios e condicionalidades, distante do que seria um programa de renda básica. Os direitos sociais são transformados em direito ao consumo, o cidadão em consumidor. A saúde é mais um bem a ser adquirido no mercado.

Como resultado, a reforma sanitária socializante transforma-se, progressivamente, na universalização excludente, como alguns denominaram. O movimento sanitário se enfraquece e praticamente se reduz a alguns gestores, alguns parlamentares e o histórico CEBES. A base social de defesa do SUS se esgarça. Na prática, a maioria almeja um plano privado. Mesmo com a multiplicação de conselhos de saúde, o controle democrático não consegue reverter esse quadro. Muitas lideranças adotaram uma postura “mais compreensiva”, cooptadas pelas justificativas de um governo que carrega a marca de popular. A maior prova da incapacidade dessas instâncias para influenciar os rumos da política de saúde é a própria história do subfinanciamento. Ou seja, o controle social aprova iniciativas para o financiamento e programas específicos, como é o caso das propostas para aumentar a abrangência e a qualidade da estratégia SF, mas não consegue interferir no essencial, no que pode reverter o esvaziamento do SUS. Mesmo assim, impôs alguns recuos ao governo, como na questão das fundações privadas. Superar a herança pré-SUS – hospitalar e privatizada – requereria um forte movimento dos interessados na mudança. Requereria luta social, mas os tempos são outros.

A conformação da APS antes do SUS pode ser assim resumida: um conjunto insuficiente de postos e centros de saúde, com baixa cobertura e resolutividade das ações, centrado em programas verticais de saúde pública, sem incorporação efetiva da assistência médica, exceto nos programas, focalizado no atendimento de populações pobres, cujos profissionais são submetidos a relações trabalhistas precarizadas, e sem espaço para os usuários defenderem seus interesses. Serviços organizados dessa forma, só poderiam ocupar um papel marginal no sistema de saúde, que, assim, permanece centrado nos

hospitais e serviços especializados, ou seja, sob predomínio da lógica do mercado. Além de luta social, a reversão dessa situação exigiria uma proposta clara de como potencializar esses serviços para transformá-los em lócus central do sistema, a partir do qual se organizaria a rede de cuidados que garante a integralidade das ações. Porém, o movimento sanitário não conseguiu construir um referencial para a organização da APS, decorrente de concepções diversas sobre o significado da mudança do modelo assistência, apesar de compreender a importância do fortalecimento da APS para o novo sistema, devido a influência de Alma-Ata e dos movimentos de reforma da medicina – integral, preventiva e comunitária. Na prática, duas visões norteavam os serviços básicos: lócus de ações de prevenção e promoção da saúde, sem incorporação da assistência médica; outra mais pragmática, local de ações de pronto atendimento, medicalizantes e pouco resolutivas. Essas concepções polares mantinham intocado o modelo assistencial hegemônico.

No plano internacional, em meio à crise econômica e às políticas de ajuste fiscal, consolidou-se a proposta de APS seletiva, voltada para o controle das principais doenças dos países pobres, por meio de um pacote de medidas técnicas de baixo custo. Era a resposta do capital à proposta de APS abrangente. No Brasil, com a reforma sanitária, surgiram diversas visões de como mudar o modelo assistencial e estruturar a APS. Entre essas se destacam: defesa da vida, ação programática em saúde e vigilância da saúde. A primeira avançou mais na elaboração de uma APS abrangente, incluindo a transformação dos métodos de gestão e do processo de trabalho em saúde, a busca da integração da saúde pública com a clínica, e a incorporação de dimensões sociais e psicológicas na análise do processo saúde-doença. Porém, as outras duas concepções lograram maior influência na organização dos centros de saúde (programação) e no PSF (vigilância da saúde). Houve uma expansão significativa da cobertura da APS, mas, no geral, sem incorporação efetiva da clínica para além dos programas prioritários, o que resultou em uma integralidade pela metade. As mudanças reduziram-se a municípios cujas gestões adotaram a concepção de SF como estratégia de mudança do modelo assistencial, não como programa.

Experiências de sistemas universais de saúde, como as dos Estados de bem-estar na Europa e em outros países, apoiaram-se na APS como porta de entrada do sistema, por meio da qual o usuário, comprovada a necessidade, acessa os serviços especializados. O surgimento dos serviços ambulatoriais – dispensário, centro de saúde, unidade básica – representou, historicamente, uma evolução em relação ao consultório médico individual que existia antes do capitalismo. Apesar de razoavelmente definidas, não há um modo único de desenvolver as características de uma APS abrangente. A conformação do sistema

e da APS guarda relação com a modalidade de política social e de financiamento adotados. Alguns países optaram pelo modelo beveridgeano dos sistemas nacionais de saúde, financiado principalmente com recursos fiscais, enquanto outros, o bismarckiano, dos seguros sociais, mantido prioritariamente por contribuições dos associados. O primeiro garante a universalidade, o segundo, somente com pleno emprego. A hegemonia neoliberal acarretou transformações no sentido de incorporar a lógica do mercado – competição e eficiência. Foi o que ocorreu emblematicamente com o *NHS* inglês, que, a partir do governo Thatcher, introduziu progressivamente a prestação privada de assistência e várias formas de complementação de pagamento pelos usuários, mesmo com financiamento majoritariamente público.

No Brasil, a partir de 1994, após o PACS, o MS adota o PSF como proposta prioritária para organização da APS e incentiva financeiramente a sua implantação pelos municípios. Essa estratégia assume, inicialmente, características de APS seletiva, em função do financiamento insuficiente, da priorização de áreas descobertas de serviços básicos e da abordagem focada nos problemas mais comuns. A estrutura dos serviços e o vínculo dos profissionais são, em geral, precários, devido, em grande medida, à terceirização para ONGs, estimulada pela lógica do PDRAE e pela LRF, que instituiu limites para gasto com pessoal concursado. Há, em geral, pouca articulação com serviços especializados, configurando-se como uma rede paralela. A adesão de médicos constitui-se um desafio, pois a atuação como generalista, a jornada integral e os vínculos precários reforçam a tradicional resistência à atuação no setor público, particularmente, nos serviços básicos. É nessas condições adversas, que ocorre a ampliação da cobertura, não conseguindo, portanto, alterar a lógica hospitalocêntrica e privatizante do sistema, a não ser em experiências localizadas.

A manutenção pelo governo Lula dos pilares da política econômica do governo anterior resultou no aprofundamento do processo de segmentação da assistência à saúde, levando o SUS progressivamente a se “especializar” no atendimento dos que não podem pagar planos privados. A análise da utilização dos serviços de saúde no Brasil, nos anos 2000 a partir das pesquisas do IBGE (AMS e PNAD) revelou que os mais de vinte anos de SUS não significaram a inversão do modelo mercadocêntrico, hospitalocêntrico e medicocêntrico, apesar dos avanços. É claro que sem o SUS, a situação seria pior. Mantem-se o predomínio dos estabelecimentos privados, inclusive entre os serviços ambulatoriais, não contabilizados, entretanto, em função da não inclusão dos consultórios particulares nessas pesquisas. Houve uma ampliação maior do número de estabelecimentos

privados (55,76%) em relação aos públicos (35,66%), mas de forma diferenciada segundo o tipo de serviço. Entre os hospitais privados, houve um aumento da participação dos lucrativos em relação aos filantrópicos.

Manteve-se a contradição entre o predomínio privado no número de estabelecimentos de saúde e o financiamento majoritariamente público (67,2%)s. Como antes do SUS, o sistema público continua apresentando forte dependência em relação aos serviços privados, hospitalares e especializados. Os serviços sem internação, entre os quais se inclui a APS, apresentam limitações, em parte da rede, que não realiza procedimentos básicos como coleta de exames, dispensação de medicamentos, investigação epidemiológica e imunização, além da crônica falta de integração com os serviços especializados. Quanto aos postos de trabalho, predominam os de médicos, mas com redução de sua participação em relação a outros profissionais de saúde. Essa perda de espaço no mercado de trabalho levou os médicos a tentar tornar privadas, por meio da regulamentação do ato médico, áreas de atuação hoje compartilhadas com os demais profissionais de saúde. Entretanto, não conseguiram lograr êxito, pois, as mobilizações que ocorreram em meados de 2013 propiciaram o questionamento dessa proposta, fortalecendo a ação das outras categorias que lutavam contra ela.

A análise da utilização dos serviços de saúde, por meio da PNAD, também evidenciou limitações. Aproximadamente apenas 35% da população usa uma unidade de APS de forma regular, Serviços hospitalares e consultórios ainda respondem por parcela importante da assistência regular. Quanto analisado o atendimento mais recente, o SUS responde apenas pela metade, ficando a APS com 41%, um aumento de apenas 10% entre 1998 e 2008. Há uma relação direta entre rendimento médio familiar e utilização de consultório particular e inversa em relação à utilização de unidades de APS, ou seja, quanto mais alta a renda, maior a procura pelo consultório, e quanto mais baixa, maior o uso da APS, o que evidencia a segmentação do sistema, ou seja, a focalização do SUS no atendimento aos pobres, expressão da americanização da política de saúde brasileira. Há, ainda, a parcela não atendida, para o que ocorre a conjunção das dificuldades financeiras dos usuários com as limitações dos serviços que deveriam atendê-los, produzindo um efeito perverso, em que os mais pobres são os mais penalizados pela fragilização do sistema público.

Esse quadro de avanço limitado SUS, insuficiente para inverter o modelo assistencial, não ocorre por acaso. O estágio atual de desenvolvimento capitalista, caracterizado pela mundialização financeira, predominância do capital especulativo, e

políticas neoliberais, determina certo padrão de divisão do fundo público, que destina recursos majoritariamente para o sistema financeiro, via pagamento de juros e encargos da dívida. O resultado do endividamento dos países periféricos foi a imposição, pelo FMI, de pacotes de ajuste que objetivaram assegurar o pagamento aos bancos – os grandes grupos financeiros internacionais – em detrimento da satisfação das necessidades sociais. É dessa forma que a dívida pública assume papel central no processo de acumulação financeira, pois, para arcar com esses pagamentos, é preciso realizar novos empréstimos, gerando um círculo vicioso perverso para as políticas sociais. Estreita-se a relação do sistema financeiro com o Estado, à medida que este desempenha papel estratégico na própria circulação de capital e suas funções se mercantilizam e privatizam.

A financeirização penetra todos os campos da vida social, aproveitando todas as possibilidades para acumulação, inclusive recursos destinados a benefícios dos assalariados, como ocorre com os recursos para a aposentadoria, que são direcionados para os fundos de pensão, transformando trabalhadores em “auxiliares das camadas rentistas da burguesia”. Esses fundos compõem parte importante dos investidores institucionais, que, junto com os bancos, constituem o poder financeiro. Na saúde, também o corte nos gastos sociais abre espaço para a exploração privada e para a entrada do capital financeiro, via seguradoras. Assim, o Estado favorece duplamente a acumulação capitalista: via desvio de recursos da seguridade social para o pagamento dos juros e encargos da dívida e, ao reduzir os gastos sociais, facilitando a capitalização desses direitos. O fundo público, crescentemente formado pelo trabalho necessário (salários), além do trabalho excedente (lucros), financia a acumulação de capital e, ao mesmo tempo, as políticas sociais. Em tempos de crise, acirra-se a disputa por recursos públicos entre as frações do próprio capital, que depende deles para sua reprodução.

O sistema tributário constitui-se em uma das formas mais antigas de exploração, pois a cobrança de impostos se distribui de forma desigual na sociedade, drenando recursos das classes trabalhadoras para a acumulação de riqueza. Esse sistema de exploração se apoia na ideia, difundida pelas classes dominantes, de que ele se baseia em princípios de justiça e equidade. No Brasil, mais do que nos países centrais do capitalismo, predominam impostos indiretos sobre o consumo, que oneram mais as classes de menores rendimentos. O imposto sobre a renda apresenta um caráter regressivo e o patrimônio é tributado de forma irrisória. Os governos FHC e Lula realizaram contrarreformas que aprofundaram a regressividade do sistema, retirando por meio de leis infraconstitucionais os avanços obtidos na CF de 1988. Também criaram contribuições sociais, em vez de impostos, como



forma de reverter a perda de arrecadação, decorrente da descentralização instituída pela nova Carta, o que aprofundou a iniquidade fiscal, ou seja, reforçou o pagamento maior de impostos por parte dos trabalhadores do que pelos donos do capital. Para agravar as dificuldades enfrentadas pelas políticas sociais, a maioria dos municípios apresenta baixa arrecadação, o que os torna dependentes das transferências da União para a execução dessas políticas sob sua responsabilidade.

A disputa política em torno da partilha do fundo público deve ser compreendida nos marcos da natureza do Estado, cujas despesas visam ao cumprimento de duas funções básicas: a acumulação capitalista e a legitimação social, que inclui a execução de políticas sociais. Em cada contexto histórico e político, a correlação de forças determina o favorecimento de uma ou de outra função. No Brasil, os constituintes aprovaram a destinação de fontes de recursos diversificados e estáveis para a seguridade social, como forma de garantir sua plena implementação. Entretanto, os governos FHC e Lula, sob o pretexto da estabilidade financeira e de honrar os compromissos com os organismos internacionais, utilizaram o mecanismo de desvinculação de parte significativa dos recursos da seguridade social, com o fim de pagar os juros e encargos da dívida. Assim, parte importante dos recursos que deveriam ser destinados à consolidação da universalidade e integralidade do SUS foi sistematicamente desviada para o sistema financeiro internacional.

O modelo de financiamento das políticas sociais adotado pelo Estado determina, em grande medida, a modalidade de oferta dessas ações. No Brasil, até 1988, predominou o modelo de seguro social, financiado majoritariamente com recursos das contribuições de empregados e patrões, no qual a assistência à saúde era parte dos benefícios previdenciários. A partir da nova CF, o financiamento passa a ter como fonte principal os impostos gerais, mas também, as contribuições previdenciárias. Porém, persiste o problema da falta de recursos, imposta pela lógica do ajuste fiscal. As tentativas para garantir recursos suficientes para a implementação de um sistema universal de saúde foram em vão, como ocorreu com a CPMF e a EC 29/2000. Enquanto para municípios e estados, o financiamento da saúde foi vinculado a um percentual das receitas próprias, que resultou na ampliação de suas despesas com as ASPS, o governo federal, grande articulador da aprovação da EC 29/2000, teve a sua participação vinculada à variação do PIB, conseguindo, assim, escapar da obrigação de aumentar os investimentos em saúde.

A análise da distribuição do gasto com saúde entre as três esferas de governo, no período de 2002 a 2011, evidenciou a redução da participação da União (-19%), a

ampliação da participação dos municípios (20%) e, em grau menor, dos estados (17%), resultou em perda significativa de recursos da saúde, configurando um processo de desresponsabilização da União, e em parte dos estados, com a universalização da saúde, consequência da priorização do pagamento dos juros e encargos da dívida pública, o sistema financeiro internacional.

O estudo do gasto federal, entre 2001 e 2011, possibilitou algumas conclusões: predominância do gasto com a dívida pública, variando de 62%, em 2003, a 44% em 2011; pequena ampliação dos gastos com seguridade social, à custa do aumento das contribuições previdenciárias, mas principalmente, da ampliação do gasto com assistência social, com destaque para os programas de transferência de renda, configurando o que tem sido denominado de assistencialização da política social; gasto com saúde praticamente estável em todo o período. Quando comparado com o PIB, o gasto com a seguridade social manteve-se estável em torno de 10%, com elevação apenas da política de assistência social, que passou de 0,39% para 1,08%, aproximando-se do gasto com saúde, que permaneceu em torno de 1,50%.

A análise da distribuição do gasto federal entre as políticas componentes da seguridade social revelou aumento da participação da assistência social (de 3% para 9%), em detrimento da previdência social (de 80% para 76%) e da saúde (de 15% para 14%), essa última recebendo a metade do proposto pelo ADCT da CF. A composição do gasto federal com saúde revela a manutenção do predomínio do gasto com assistência hospitalar e ambulatorial especializada, com redução de 5% nos anos de 2002 e 2003, mantendo-se estável nos seguintes. Dois componentes apresentaram elevação: assistência farmacêutica (de 6% para 8%) e atenção básica (de 16% para 21%). O maior aumento, em valores reais, ocorreu com medicamentos (129%), seguido da atenção básica (106%). O primeiro, devido principalmente aos medicamentos excepcionais e à farmácia popular, que representou uma ruptura com a lógica pública e cujos gastos se aproximam aos da assistência farmacêutica básica. Já o aumento dos gastos com atenção básica ocorreu em função da ampliação do número de ESF, mesmo sem reajustes significativos nos valores de seus incentivos.

Em função desse aumento dos gastos com APS, muitos concluem que há uma focalização da assistência à saúde na atenção básica, mas, na realidade, os recursos destinados à estruturação da chamada porta de entrada do sistema são, também, claramente insuficientes para que esses serviços cumpram seu papel, o que fica evidente quando se constata uma variação negativa do PAB fixo *per capita* e pouco expressiva do PAB variável *per capita*, no período estudado. Assim, a melhor caracterização para o que está

ocorrendo com o SUS é a precarização do sistema como um todo, uma focalização nos mais pobres, uma vez que o volume global de recursos é inferior às necessidades, resultando em uma ampliação precarizada da APS, somada às crescentes limitações da rede hospitalar. Mesmo os gastos com medicamentos estão aquém das necessidades, pois, no conjunto dos gastos privados com saúde, observa-se um elevado desembolso direto das famílias, cujo principal componente é a compra de medicamentos.

O resultado é um padrão muito baixo de gastos públicos com saúde quando comparado com outros países, mesmo da América Latina e da África. Com os gastos permanecendo estáveis em patamares bastante reduzidos, considerando que os custos da assistência à saúde apresentam aumento crescente em função da incorporação tecnológica, e que a acumulação capitalista, junto com o crescimento e envelhecimento da população geram novas demandas, pode-se concluir que, na realidade, está ocorrendo uma redução importante desses gastos, em relação às necessidades de saúde.

A questão dos médicos foi o último elemento analisado para a compreensão dos determinantes das dificuldades para a conformação da APS como eixo estruturante do SUS. Historicamente, em diversos países, os médicos colocaram-se em oposição a medidas de socialização da assistência à saúde, pois sua identificação com a prática liberal da medicina coloca seus interesses, muitas vezes, ao lado dos grupos privados do setor. Com o desenvolvimento capitalista não ocorreu uma alienação completa do médico em relação a seu trabalho, ao contrário, ele manteve, mesmo que parcialmente, o domínio sobre seus instrumentos de trabalho, em função da posse do conhecimento técnico e do caráter de trabalho intelectual que a prática técnica adquiriu. Com o desenvolvimento da especialização, ocorreu uma nova divisão do trabalho, que instituiu a necessidade de trabalho complementar entre os diversos campos parcelares do saber médico, aumentando a dependência entre as diversas especialidades.

Assim, com o surgimento da medicina científica e o desenvolvimento tecnológico, a profissão estratificou-se entre os que utilizavam as novas tecnologias, concentradas nos hospitais e serviços especializados, mais valorizados socialmente, e os que praticavam a medicina geral que exigia uma gama ampla de conhecimento, mas lidava com menos equipamentos, que ocupavam um lugar inferior na hierarquia médica. Além disso, a medicina científica e tecnológica acarretou uma perda dos aspectos humanísticos e sociais do ato de cuidar, empobrecendo a abordagem diagnóstica e terapêutica e mascarando as desigualdades de classe, transformadas em diferenças de ordem biológica, interpondo entre o médico e o doente, uma série de equipamentos e procedimentos.

A política de saúde que predominou no Brasil até 1988, apoiada na compra de serviços privados, preservou em grande medida a prática liberal da profissão. A implantação do SUS, de um lado, e o avanço da exploração privada da saúde, de outro, ampliaram a estratificação no interior da profissão, com o aumento da proporção de profissionais assalariados, de um lado, e a de médicos empresários, de outro. Uma proporção significativa (67%, em 2003) mantém consultório individual, porém, em processo de redução e dependência crescente em relação aos planos privados. Os médicos estenderam a defesa da independência técnica na execução das ações para a necessidade de manter autonomia no mercado de trabalho, por isso seu modelo ideal é a prática liberal, que só se realizaria completamente no consultório privado. Por isso, são resistentes à sua integração ao SUS. Como nos EUA, defenderam o papel do Estado apenas como financiador da assistência médica privada, admitindo a prestação direta apenas para a parcela da população que não pode pagar. Porém, ironicamente, a maior ameaça à sua autonomia veio do setor privado, que, a partir da entrada do capital financeiro via seguradoras, passou a desenvolver mecanismos de controle sobre a decisão clínica, buscando reduzir custos, por meio da chamada atenção gerenciada.

Quanto à formação médica, desde o período militar, os governos favoreceram a exploração privada, que atualmente responde por 57% das escolas, que se distribuem desigualmente no território nacional. O elevado valor das mensalidades escolares e a dificuldade de acesso à universidade pública determinam um elevado padrão de elitização dos que acessam a escola médica. O ensino prático, apesar de nos anos mais recentes incluir acesso a outros tipos de serviços, como resposta a estímulos governamentais, permanece centrado no hospital-escola, desintegrado do sistema de saúde, determinando uma formação desvinculada da realidade dos problemas mais comuns. O resultado é uma formação precária e voltada para a especialização cada vez mais precoce, o que tem aumentado a pressão pela expansão da residência médica, que nessas condições tem assumido um caráter de complementação da graduação e, ao mesmo tempo, de ampliação da especialização, pois a proporção de especialidades básicas no total das especialidades tem se reduzido.

Diferentemente da graduação, a residência médica é financiada majoritariamente por recursos públicos, o que, entretanto, não resultou na adoção pelos governos de orientação para atender as necessidades do sistema público de saúde. Ao contrário, a expansão ocorreu ao sabor dos interesses das corporações médicas e do mercado, voltada para áreas com alta incorporação tecnológica. Nos últimos anos, o governo federal tem

tentado interferir na formação e na residência médica para aproximar o currículo da graduação e a especialização das prioridades do SUS, mas, essas iniciativas são ainda insuficientes e contraditórias com o forte estímulo à capitalização. Sinal das dificuldades de mudança é a persistência de vagas não preenchidas na residência em medicina de família e comunidade, que qualifica profissionais para a APS. Sem que o mercado de trabalho médico seja significativamente transformado, com a expansão dos serviços públicos e a superação da racionalidade privada, dificilmente ocorrerão mudanças importantes na formação médica, pois ela é determinada pelo modo hegemônico de organização da prática médica.

O número de médicos em exercício no Brasil tem se aumentado acima do crescimento populacional, porém, a média de médicos em relação à população é ainda inferior à de países com sistemas universais de saúde, de alguns países latino-americanos e, também, dos EUA, onde predomina a lógica privada, o que comprova a sua insuficiência, apesar do clamor das entidades médicas contra a abertura de novas escolas. Porém, mais grave é a sua distribuição, que segue a lógica de mercado: concentração nas regiões e municípios mais desenvolvidos economicamente e nos serviços privados. Coerente com a expansão maior dos serviços privados, entre 2002 e 2009, ocorreu uma ampliação da proporção de postos de trabalho médico ocupados no setor privado em relação ao público, e enquanto a relação de médicos por mil usuários dos planos privados, em 2011, era de 7,60, para os “SUS-dependentes” era de 1,93 e de 1,46, para toda a população, revelando o avanço da capitalização no setor.

Apesar da ampliação de postos de trabalho médicos públicos em unidades da APS, resultante da expansão da estratégia SF, o hospital persiste como o local principal da atividade médica, com maior proporção no setor privado (68,5%), que no público (56,6%). A multiplicidade de atividades desenvolvidas pelos médicos individualmente é uma característica marcante do mercado de trabalho desses profissionais, e tem se agravado com o tempo, resultando em uma variedade de locais de atuação e de fontes de renda, com quase um terço dos médicos desenvolvendo mais de quatro atividades. Manteve-se em torno de 70% a proporção de médicos que atua no setor público, porém, como essa é apenas mais uma das múltiplas atividades, somado à baixa valorização da atuação nesse setor, faz com que aí se concentram os maiores problemas de envolvimento com os objetivos do trabalho e o cumprimento da jornada. Esses problemas também são observados na SF, talvez com ainda maior gravidade, levando o MS a rever a proposta da jornada integral, anteriormente preconizada para todos os profissionais, vista como forma

de garantir tempo para a integração da equipe e o atendimento das necessidades de saúde da população adscrita. Atualmente, já é admitida a jornada parcial para os médicos.

A consolidação de um sistema de saúde universal centrado na APS exige uma estratégia de transformação articulada da prática e da formação médicas, além de mudanças na gestão que propiciem a adesão de pelo menos parte desses profissionais. A racionalidade médica dominada pela biomedicina reduz a clínica à busca de lesões e à solicitação de exames, que, em vez de complementares, se tornam essenciais, e restringe a terapêutica à prescrição de medicamentos, conforme o interesse da indústria farmacêutica. Essa racionalidade precisa ser substituída por uma clínica ampliada, que incorpore as dimensões subjetivas e sociais do adoecimento. É preciso transformar a APS em uma rede qualificada e acessível, que consiga esvaziar o hospital de toda a ação que possa ser realizada fora dele, integrando-o ao sistema e destinando-o à função de apoio especializado. Para isso, é preciso transformar a gestão e quebrar o monopólio médico de decisão sobre a organização do processo de trabalho, integrando-o de fato a equipes multiprofissionais, que disponham de certo grau de autonomia para organizar as ações com vistas ao alcance da melhoria da saúde dos indivíduos e da coletividade.

A recente iniciativa do governo Dilma para ampliar o número de médicos nas regiões periféricas do país e das cidades, particularmente na APS, por meio do programa Mais Médicos, mais uma vez, põe em evidência os problemas aqui discutidos. De um lado, o governo, diante das pressões sociais ocorridas em julho de 2013, apresentou como solução mágica para os problemas do sistema de saúde, a vinda de médicos estrangeiros para suprir a crônica carência desses profissionais nesses locais. De outro lado, as entidades médicas colocaram-se de forma agressiva contra qualquer tentativa de ampliar o número de escolas médicas e contra a atuação, no país, de médicos formados no exterior, com o argumento de que não faltam médicos e de que é preciso uma adequada avaliação desses profissionais para garantir a qualidade do atendimento. Na realidade, mais uma vez, a corporação se une para garantir o seu interesse de valorização no lucrativo mercado da saúde. A proposta do governo, novamente, aposta em soluções temporárias, mantendo a forma precária de contratação, o que reforça a histórica resistência dos médicos de atuação na APS e, mais grave, sem alterar o padrão de financiamento do sistema de saúde, o que não reverte o quadro de crise dos serviços.

Por último, o estágio da luta por mais recursos para a saúde, que se estrutura em torno do projeto de iniciativa popular que visa a instituir a vinculação de 10% das receitas correntes brutas da União para o setor, configura-se como mais uma etapa na disputa pela

divisão do fundo público, que enfrenta a resistência dura dos interesses organizados, particularmente, em torno do capital financeiro, beneficiário atual da maior fatia dessa partilha, como constatado neste estudo. O resultado desse processo dependerá da força dos setores comprometidos com os direitos sociais. Porém, como ficou claro na discussão desenvolvida neste trabalho, além de ampliar os recursos para a saúde, é preciso mudar o modelo assistencial, tornar a APS o eixo estruturante do sistema, modificar a prática médica e sua formação, de forma a colocar as necessidades de saúde dos usuários no centro da articulação do cuidado em saúde.

Assim, os determinantes históricos, econômicos, políticos e sociais da baixa valorização da APS no SUS, discutidos nesta pesquisa, se confundem com os determinantes das dificuldades de efetivação do próprio sistema, como instrumento de garantia do direito à saúde. Reformas que visem à sua superação não são produto de atos burocráticos deslocados do contexto político e econômico, só poderão ocorrer com a retomada da luta social por parte dos que necessitam de políticas sociais universais, de modo que consigam impor limites ao capital, cada vez mais dependente do fundo público para garantir sua reprodução, em tempos de crise estrutural. Por isso, esses direitos efetivamente só poderão se constituir de forma substantiva nos marcos de uma nova sociedade, onde seja eliminada a exploração do trabalho e a saúde deixe de ser uma mercadoria para ser assegurada para todos como necessidade básica.

## ANEXO 1

Quadro 1. Principais resoluções relacionadas à Atenção Básica/Saúde da Família nas cinco últimas Conferências Nacionais de Saúde.

	10ª CNS/ 1996	11ª CNS/2000	12ª CNS/2003	13ª CNS/2007	14ª CNS/2011
<b>Porta de entrada</b>		Fortalecer AB como porta de entrada do sistema.	Ampliar a AB; SF como uma das portas de entrada.	UBS como porta de entrada.	Qualificar implantação da PNAB – estratégia SF como principal porta de entrada.
<b>Estratégia Saúde da Família</b>		Uma das estratégias para estruturação dos sistemas municipais.	Uma das estratégias; programa rastreador de problemas de saúde.	Redefinir suas finalidades.	Modelo preferencial da AB; fortalecer APS como eixo organizador e estruturador do SUS, coordenador do cuidado e ordenador da rede.
<b>Implantação da estratégia Saúde da Família</b>	A necessidade de implantação do PACS/PSF deve ser debatida com os Conselhos. A forma de execução não deve ser central e vertical, e sim, incluída no sistema de referência e contra referência, evitando paralelismo de ações.	Adequação às necessidades locais e sem modelo verticalizado.	Articulado com o planejamento local e de acordo com a diversidade de org. dos serviços.	Reestruturação das ESF e não substituir equipes.	Estruturação da rede com referência e contra referência.
<b>Cobertura de SF</b>			Ampliar a cobertura de todos os serviços, ênfase na AB.	Meta de 100% de cobertura.	Ampliar até a universalização.
<b>Financiamento AB e SF</b>		Aumento de, no mínimo, R\$ 32 bi para a saúde como um todo.	Assegurar incentivos financeiros pelas três esferas de governo para AB.	Financiamento pelas três esferas de governo. Aumento de 80% nos recursos financeiros para ESF e ESB; Aumentar PAB fixo..	Aumentar 100% PAB fixo – dos atuais R\$ 18,00 para R\$ 36,00/hab/ano; Aumentar o PAB variável; reajuste anual dos valores e composição tripartite <sup>192</sup> .
<b>Crítérios para incentivos financeiros diferenciados</b>			Densidade populacional e especificidades (população Indígena).	Extensão territorial, densidade demográfica, diferenças regionais, IDH, difícil acesso; Amazônia, população indígena.	Incrementar o PAB para a região da Amazônia Legal, considerando suas especificidades locorregionais.
<b>Integralidade</b>	O PACS/PSF não deve ser desenvolvido isoladamente, mas integrado ao Sistema Municipal de Saúde, garantindo a atenção integral e acesso de todos os usuários aos serviços que necessitarem.	SF integrado com as demais políticas e com a rede de serviços.	Acesso aos serv. de média e alta complexidade; com promoção da saúde.	Realização de todos os exames necessários para diagnóstico e tratamento.	APS como ordenadora da rede de atenção integral.
<b>Resolutividade</b>		Aumentar a resolutividade e garantir desospitalização	Englobar a resolução dos problemas de saúde da população	Aumentar a qualidade do atendimento na UBS e reduzir hospitalização; atendimento com hora marcada.	AB caracterizada pela resolutividade e pelo acesso e acolhimento com qualidade.
<b>Equipes multiprofissionais de apoio</b>	Constituição, capacitação e qualificação de Equipes Multiprofissionais, de acordo com a realidade local.	Inclusão de outros profissionais nas equipes mínimas da AB, de acordo com as realidades locais.	Implantar junto às ESF, de acordo com necessidades locais; criar incentivo financeiro para inclusão de outros profissionais.	Implantar NASF, também em municípios de pequeno e médio porte.	Ampliar e fortalecer NASF; reduzir nº de NASF/ESF; incluir NASF em municípios pequenos.

<sup>192</sup> Financiamento tripartite da AB: 50% União, 25% estados/DF e 25% municípios.



<b>Estrutura física</b>	Garantir que as USF tenham estrutura física, equipamentos, tecnologias e insumos adequados à atenção integral à saúde da população da área de abrangência.	Recuperar unidades sucateadas e aumentar a rede própria.		Construção de novas unidades e desativação de alugadas; melhorar estrutura física e condições de trabalho.	Financiamento para construção e reforma de unidades.
<b>Número de famílias por ESF</b>		Reduzir esse número.	Moção: redução de 1.000 para 800 famílias /ESF.	Reduzir nº famílias/ESF e nº famílias/ACS.	Reduzir para 2.500 pessoas por ESF; reduzir para 400 pessoas/ACS (rural) e 600/ACS (urbano).
<b>Saúde bucal</b>		Implementar programa de saúde bucal; criar incentivos para esses serviços, garantindo referência e contrarreferência.	Ampliar o acesso às ações integradas de saúde bucal em todo o SUS, estendendo-as a todas as idades.	ESB em todas as ESF; ESB como parte da equipe mínima de SF.	Ampliar a cobertura em todas as faixas etárias; garantir 1 ESB/1 ESF.
<b>Terceiro turno nas UBS</b>				De acordo com as necessidades municipais.	Com financiamento federal
<b>Práticas integrativas e complementares</b>		Incorporar acupuntura e homeopatia.	Reabilitação e internação domiciliar.	Implantação homeopatia, acupuntura e fitoterapia.	Implantar Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.
<b>Intersetorialidade</b>		Políticas intersetoriais de promoção da saúde – cidades saudáveis.	Valorizar a estratégia Saúde da Família como espaço para o exercício da intersetorialidade.	Garantir recursos do PAC para as políticas sociais, para que as ações intersetoriais promovam o direito integral à saúde.	Desenvolver ações intersetoriais com CRAS <sup>193</sup> e CREAS <sup>194</sup> .
<b>Qualificação profissional</b>	Garantir a composição de Equipe de Saúde da Família, bem como sua qualificação técnica conforme as necessidades e os problemas de saúde da população.	Política de Capacitação para Profissionais de Saúde, em todos os níveis, em trabalho conjunto entre SMS/SES/Universidade.	Mudar a formação dos profissionais de saúde, centrada na atenção à doença; reformular currículos; no mínimo 50% das residências acadêmicas e dos estágios curriculares feitos na AB; Implantar educação permanente.	Cursos de especialização, residência multiprofissional, mestrado profissional - com ênfase na AB e SF.	Aumentar vagas de residência médica e multiprofissional com ênfase na SF; Política nacional para adequar formação médica à formação generalista <sup>195</sup> .
<b>Avaliação</b>		Implantar sistema de avaliação da qualidade da Atenção à Saúde para o nível local; e sistema de avaliação dos serviços de nível médio e básico pelos CLS, CMS e CES com utilização de critérios técnicos.	Implantar programas de avaliação de desempenho do trabalho em saúde; Implementar, em cada unidade avaliação do índice de aprovação dos usuários quanto aos serviços oferecidos.	Institucionalização da Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ).	Avaliação participativa com premiação de ESF, ESB e NASF com melhores resultados.
<b>Fiscalização</b>				Para evitar desvio de recursos financeiros repassados para ESF.	
<b>Medicamentos</b>		Implantar laboratórios estatais de medicamentos e ampliar investimentos governamentais para suprir a demanda pública dos medicamentos essenciais.	Garantir regularidade dos insumos básicos e medicamentos na rede básica de saúde (ESF e UBS); ampliar a lista de medicamentos da assistência farmacêutica básica.	Aumentar produção dos laboratórios oficiais para atendimento da demanda da AB.	Ampliar política de assistência farmacêutica.

<sup>193</sup> CRAS – Centro de Referência de Assistência Social.

<sup>194</sup> CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social.

<sup>195</sup> Compromisso de atender por 24 meses, após a formação, em municípios de áreas remotas e de difícil provimento, assegurando estratégias de fixação do profissional médico na estratégia Saúde da Família.

<b>Valorização profissional/Desprecarização</b>	Criar e regulamentar o cargo de ACS, garantindo-se o acesso através de concurso público. Garantir capacitação para o ACS e direitos trabalhistas	Elaborar PCCS para os trabalhadores de saúde; formas de contratação segundo a legislação vigente; garantia de direitos trabalhistas no PACS/PSF. Extinguir as bolsas permanentes dos ACS	Garantir os direitos trabalhistas e legalizar a situação de trabalhadores da saúde que não têm vínculo empregatício nem seguridade social (profissionais de SF, entre outros)	Estatuto próprio para o profissional de saúde, nas três esferas de governo, para efetivar a integração de todos os profissionais (direitos e deveres; plano de cargos, carreiras e salários).	Plano de Carreira Nacional da ESF no SUS, contribuindo para o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS
<b>Acolhimento</b>		Humanização do cuidado e melhorar o acolhimento das pessoas e a capacidade resolutive de cada tratamento.	Fortalecer nova cultura de atenção ao usuário, garantindo práticas de acolhimento, avaliação de riscos, ampliação do acesso às ações de saúde bucal, mental e do trabalhador etc	Consolidar redes de acolhimento e assistência;	Implantar acolhimento com classificação risco e o agendamento de consultas por profissional habilitado, para acabar com filas na distribuição de fichas
<b>Chefias de unidades</b>	Escolhidos preferencialmente por eleição, com participação de usuários e trabalhadores, observando competência técnico-administrativa, vínculo e compromisso com o SUS, evitando-se nomeações políticas e de pessoas ligadas a serviços privados		Priorizar a ocupação dos cargos de chefia de unidades e serviços de saúde ou de direção de estruturas de gestão por profissionais de carreira com compromisso com o SUS		
<b>Terceirização da gestão das unidades</b>	Proibir a terceirização e a privatização dos serviços públicos de saúde, sob qualquer de suas denominações (“cooperativas”, “fundações”, “contratos de gestão”, “organizações sociais”, concessão de serviços porque geram o clientelismo, o fisiologismo e as demissões arbitrárias.	Condenar a privatização dos hospitais públicos, universitários e da atenção básica e secundária, revertendo por meio da anulação ou suspensão dos processos de privatização ou terceirização (OS, cooperativas e agências executivas), pois transferem recursos públicos à iniciativa privada.	Proibir qualquer forma de privatização e terceirização de hospitais e serviços públicos de saúde, inclusive por meio de Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).	Não privatizar o SUS. Articular os atores sociais para o combate à terceirização da gestão das unidades públicas de saúde por meio de Oscip e OS. Instalar auditoria federal para investigar as terceirizações (...), rever todos os contratos desse tipo.	Rejeitar a cessão da gestão de serviços públicos de saúde para as Organizações Sociais (OSs), e solicitar ao STF que julgue procedente a ADIn nº 1.923/98, de forma a considerar inconstitucional a Lei Federal nº 9.637/98, que estabelece esta forma de terceirização da gestão.
<b>Controle Social</b>		Criação de Conselhos Gestores em todas as unidades e serviços de saúde.	Incentivar a formação e estruturação dos Conselhos Locais de Saúde, apoiar e dinamizar suas ações;	Incentivar a criação, por lei, de conselhos locais e distritais de saúde como instâncias de controle social, com participação efetiva de usuários e trabalhadores.	Fortalecer o controle social e a participação popular nas UBS, incluindo os usuários e a sociedade civil organizada nas decisões sobre: dinâmica dos serviços, construção/reforma de unidades, áreas de cobertura etc.

## ANEXO 2

**Tabela 9. Distribuição dos gastos federais em valores reais (milhões, deflacionados pelo IGP-DI) segundo funções orçamentárias e ano. 2001 – 2011.**

<b>Funções</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>28 - Encargos Especiais</b>	955.078	963.605	1.181.393	959.939	1.094.381	1.059.965	1.017.196	949.705	934.423	928.962	991.422
<b>09 - Previdência Social</b>	264.299	274.453	281.863	264.900	275.277	294.659	318.550	312.294	322.908	358.383	375.521
<b>10 - Saúde</b>	51.153	51.870	49.674	48.389	48.771	50.226	54.653	57.671	57.803	63.554	69.260
<b>12 - Educação</b>	25.860	27.660	25.307	21.333	20.604	23.683	27.257	30.818	35.863	46.743	51.064
<b>08 - Assistência Social</b>	12.428	13.722	15.355	21.860	22.880	29.518	33.403	36.910	38.443	44.331	48.668
<b>11 - Trabalho</b>	17.791	18.675	18.716	16.857	18.498	22.580	26.595	28.515	33.377	35.604	39.044
<b>05 - Defesa Nacional</b>	25.561	25.913	21.194	19.792	20.801	21.733	23.770	24.105	26.920	31.792	30.170
<b>02 - Judiciária</b>	15.963	17.507	15.594	15.763	14.589	18.892	20.370	23.042	22.311	23.922	22.883
<b>04 - Administração</b>	13.518	15.154	13.444	12.853	11.805	13.550	16.641	16.774	17.558	20.336	18.705
<b>26 - Transporte</b>	5.784	7.427	3.686	3.953	4.939	4.884	7.499	6.111	9.415	12.557	11.556
<b>20 - Agricultura</b>	11.407	10.967	12.142	11.447	10.991	11.642	10.819	10.075	13.058	10.365	10.428
<b>06 - Segurança Pública</b>	5.434	4.003	4.130	3.950	3.833	4.583	6.224	7.130	7.582	9.107	7.011
<b>01 - Legislativa</b>	4.808	5.308	5.891	5.337	5.311	6.184	6.129	6.065	5.574	6.027	6.140
<b>03 - Essencial a Justiça</b>	2.042	2.268	2.620	3.246	3.254	4.028	4.646	5.543	5.533	5.920	5.823
<b>19 - Ciência e Tecnologia</b>	3.525	3.098	3.267	3.671	3.940	3.995	4.302	5.180	5.606	6.098	5.378
<b>18 - Gestão Ambiental</b>	2.571	2.070	1.397	1.486	1.704	1.624	1.842	1.926	1.959	2.381	2.523
<b>21 - Organização Agrária</b>	2.565	2.709	1.893	2.860	3.747	4.107	4.818	3.227	2.915	2.516	2.311
<b>07 - Relações Exteriores</b>	2.267	2.955	2.241	2.006	2.054	1.891	1.991	2.429	1.775	2.120	2.065
<b>22 - Indústria</b>	826	817	806	1.882	1.709	2.773	3.343	2.015	1.529	1.675	1.772
<b>15 - Urbanismo</b>	223	206	152	1.157	885	874	1.048	1.418	1.919	2.046	1.370
<b>23 - Comércio E Serviços</b>	5.591	3.620	3.568	2.329	2.322	2.595	2.101	1.734	1.635	1.648	1.300
<b>14 - Direitos da Cidadania</b>	1.228	767	662	747	962	1.024	879	1.217	1.252	1.456	1.062
<b>24 - Comunicações</b>	978	1.160	1.117	632	601	593	655	528	472	625	733

<b>13 - Cultura</b>	497	470	363	380	521	546	588	707	809	924	696
<b>25 - Energia</b>	1.512	14.828	3.809	580	600	514	581	595	747	579	582
<b>27 - Desporto e Lazer</b>	206	182	93	237	161	369	1.028	264	170	294	338
<b>17 - Saneamento</b>	141	14	11	18	41	30	53	620	983	591	292
<b>16 - Habitação</b>	144	19	22	365	216	95	0	196	158	24	64
<b>TOTAL</b>	<b>1.433.399</b>	<b>1.471.448</b>	<b>1.670.408</b>	<b>1.427.970</b>	<b>1.575.397</b>	<b>1.587.157</b>	<b>1.596.979</b>	<b>1.536.815</b>	<b>1.552.696</b>	<b>1.620.581</b>	<b>1.708.181</b>

Fonte: Siga Brasil. Elaboração própria.

**Tabela 9. Gasto federal total e com políticas de seguridade social e educação em valores reais (milhões, deflacionados pelo IGP-DI).  
2001 – 2011 (recorte)**

<b>Funções</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>Variação %</b>
<b>Previdência Social</b>	264.299	274.453	281.863	264.900	275.277	312.232	318.550	312.294	322.908	358.383	375.521	42,08
<b>Saúde</b>	51.153	51.870	49.674	48.389	48.771	53.221	54.653	57.671	57.803	63.554	69.260	35,40
<b>Assistência social</b>	12.428	13.722	15.355	21.860	22.880	31.278	33.403	36.910	38.443	44.331	48.668	291,60
<b>Educação</b>	25.860	27.660	25.307	21.333	20.604	23.683	27.257	30.818	35.863	46.743	51.064	97,46
<b>TOTAL</b>	<b>1.433.399</b>	<b>1.471.448</b>	<b>1.670.408</b>	<b>1.427.970</b>	<b>1.575.397</b>	<b>1.681.812</b>	<b>1.596.979</b>	<b>1.536.815</b>	<b>1.552.696</b>	<b>1.620.581</b>	<b>1.708.181</b>	<b>19,17</b>

Fonte: Siga Brasil. Elaboração própria.

**Tabela 10. Gasto público federal com a dívida pública em valores reais (milhões, deflacionados pelo IGP-DI) e participação no gasto total. 2001 – 2011.**

<b>Grupo natureza de despesa (gnd)</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Juros e encargos da dívida</b>	129.261	122.577	125.298	74.173	130.552	209.435	190.920	84.901	106.288	139.766	142.201
<b>Amortização/refinanciamento da dívida</b>	678.709	681.236	904.606	434.930	805.014	689.700	642.895	345.870	443.864	588.068	626.082
<b>Gasto total com a dívida</b>	<b>807.970</b>	<b>803.813</b>	<b>1.029.904</b>	<b>509.104</b>	<b>935.565</b>	<b>899.135</b>	<b>833.815</b>	<b>430.771</b>	<b>550.152</b>	<b>727.834</b>	<b>768.283</b>
<b>Gasto Total</b>	1.433.399	1.471.448	1.670.408	888.262	1.575.397	1.587.157	1.596.979	913.147	1.141.474	1.620.581	1.708.181
<b>DÍVIDA / GASTO TOTAL (%)</b>	<b>56,37</b>	<b>54,63</b>	<b>61,7</b>	<b>57,31</b>	<b>59,39</b>	<b>56,65</b>	<b>52,21</b>	<b>47,17</b>	<b>48,20</b>	<b>44,91</b>	<b>44,98</b>

Fonte: Siga Brasil. Elaboração própria.

**Tabela 11. Participação dos gastos com áreas sociais selecionadas e com a dívida pública em valores reais (milhões, deflacionados pelo IGP-DI). 2001 – 2011.**

	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Saúde</b>	3,57	3,53	2,97	3,39	3,10	3,16	3,42	3,75	3,72	3,92	4,05
<b>Assistencia Social</b>	0,87	0,93	0,92	1,53	1,45	1,86	2,09	2,40	2,48	2,74	2,85
<b>Previdencia Social</b>	18,44	18,65	16,87	18,55	17,47	18,57	19,95	20,32	20,80	22,11	21,98
<b>Subtot Seg Social</b>	22,87	22,87	20,77	23,47	22,02	23,59	25,46	26,48	27,00	28,77	28,89
<b>Subtot Seg Soc + Educação</b>	24,68	24,99	22,28	24,96	23,33	25,08	27,17	28,48	29,30	31,66	31,88
<b>Dívida Pública (Gnd)</b>	56,37	54,63	61,66	57,31	59,39	56,65	52,21	47,17	48,20	44,91	44,98
<b>TOTAL</b>	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Siga Brasil. Elaboração própria.

**Tabela 12. Gasto com políticas de seguridade social em relação ao PIB. 2001 – 2011.**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Previdência Social</b>	8,21	8,29	8,40	8,49	8,72	9,50	8,78	7,94	8,55	8,51	8,35
<b>Saúde</b>	1,59	1,57	1,48	1,55	1,55	1,62	1,51	1,47	1,53	1,51	1,54
<b>Assistência Social</b>	0,39	0,41	0,46	0,70	0,73	0,95	0,92	0,94	1,02	1,05	1,08
<b>Seguridade Social</b>	10,18	10,27	10,34	10,74	11,00	12,07	11,21	10,34	11,09	11,07	10,98

Fonte: Siga Brasil. Elaboração própria.

**Tabela 15. Distribuição do gasto com saúde em valores reais (milhões, deflacionados pelo IGP-DI), segundo subfunções do orçamento. 2001 – 2011.**

Subfunção (R\$)	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Variação %
<b>Atenção Básica</b>	8.499,83	8.816,90	8.810,79		9.164,59	9.756,90	13.300,61	12.072,37	14.080,00	16.131,46	17.505,86	105,96
<b>Assistência Hospitalar e Ambulatorial</b>	31.940,51	31.477,37	29.570,21		26.593,16	27.956,81	38.110,73	32.500,93	37.905,83	43.428,71	47.128,84	47,55
<b>Suporte Profilático e Terapêutico</b>	3.185,13	3.441,83	4.056,05		3.846,19	4.311,45	5.877,37	5.029,85	5.866,31	6.721,04	7.293,67	128,99
<b>Vigilância Sanitária</b>	289,10	347,94	281,16		222,97	249,50	340,12	289,29	337,40	386,56	419,50	45,11
<b>Vigilância Epidemiológica</b>	1.625,60	1.725,82	1.677,07		2.287,24	2.376,17	3.239,20	2.085,44	2.432,25	2.786,62	3.024,05	86,03
<b>Alimentação e Nutrição</b>	5.241,54	4.847,24	5.067,02		4.413,63	4.707,28	6.416,97	4.975,05	5.802,40	6.647,81	7.214,20	37,64
<b>TOTAL</b>	50.781,71	50.657,11	49.462,31		46.527,78	49.358,13	67.285,00	56.952,93	66.424,20	76.102,21	82.586,11	62,63

Fonte: Siga Brasil. Elaboração própria.

**Tabela 16. Gasto federal em valores reais (milhões, deflacionados pelo IGP-DI)\* com ações selecionadas dos programas da assistência ambulatorial especializada e hospitalar. 2001 -2011.**

<b>Ações</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>Variação %</b>
<b>Hospitais Federais</b>	1.232,76	1.263,05	1.221,01	1.431,65	1.060,00	1.259,87	1.461,57	1.003,92	1.090,74	1.153,07	1.174,27	-4,74
<b>At. Ambul., Emerg. e Hospitalar (Gestão Plena)</b>	15.962,09	14.387,33	15.194,16	21.702,51	21.746,87	24.027,65	26.837,67	27.842,79	28.052,37	30.302,42	32.693,29	
<b>At. Ambul., Emerg. e Hospitalar (Não Habilitados Gestão Plena)</b>	11.578,48	12.422,70	10.536,35	2.040,50	567,11							
<b>Subtotal At.Amb. Hospitalar</b>	<b>27.540,58</b>	<b>26.810,02</b>	<b>25.730,51</b>	<b>23.743,01</b>	<b>22.313,98</b>	<b>24.027,65</b>	<b>26.837,67</b>	<b>27.842,79</b>	<b>28.052,37</b>	<b>30.302,42</b>	<b>32.693,29</b>	<b>18,71</b>
<b>Inca</b>	370,27	368,96	311,55					204,03	184,37	208,72	225,74	-39,03
<b>Pioneiras Sociais</b>	629,38	498,53	542,71	546,58	563,88	605,53	656,19	701,84	618,73	642,17	733,82	16,59
<b>Implantação de Cacon's</b>	26,95	4,77	5,84	1,41	0,07	0,44	0,00	1,69	0,00	1,29	1,67	-93,81
<b>Ass. Hosp. Populações Ribeirinhas da Amazônia</b>	4,78	3,49	9,35	8,40	8,02	7,80	7,08	7,38	3,55	0,00	0,003	-99,94
<b>Samu 192</b>								361,04	390,70	519,94	459,25	27,20
<b>Estruturação de Unidades Especializadas</b>				326,31	86,68	125,50	54,65	116,61	90,53	161,27	58,81	-81,98
<b>Contribuição à Previdência Privada (Em mil)</b>				397.453	425.332	424.634	406.582	124.328	443.758	476.398	496.574	24,94

Fonte: Siga Brasil. Elaboração própria.

\*A ação denominada "Contribuição à previdência privada" em função dos valores inferiores foi mantida na ordem de mil, em vez de milhões.

**Tabela 17. Gasto federal em valores reais (milhões, deflacionados pelo IGP-DI) com os principais componentes da assistência farmacêutica.  
2001 – 2011**

<b>Ação</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>variação %</b>
<b>Farmácia Básica</b>	395,56	356,69	334,45	295,35	321,01	399,15	424,56	990,79	920,55	1.019,83	1.069	170,14
<b>Medicamentos Estratégicos</b>	227,84	547,15	287,05	608,83	656,86	9,70	760,68	98,89	113,02	69,57	109	-52,31
<b>Medicamentos Excepcionais</b>			995,34	787,15	1.482,72	1.882,13	2.523,83	2.662,97	2.735,24	3.043,37	3.632	264,94
<b>Farmácia Popular</b>				12,15	60,27	166,67	354,06	569,77	561,59	489,29	919,69	7.472,57
<b>Medicamentos Dst/Aids*</b>	1.228,27	1.079,57	991,18	779,19	759,52	1.017,80	600,97	484,00	572,65	624,91	698,30	-43,15
<b>Outros</b>	64,79	57,25	22,92	595,16	245,33	30,63	23,41	10,10	12,77	16,91	13,67	-78,89
<b>TOTAL</b>	688,18	961,09	1.639,75	2.298,64	2.766,19	2.488,28	4.086,55	4.816,52	4.915,81	5.263,89	6.441,29	835,98

Fonte: Siga Brasil. Elaboração própria.

\*O gasto com medicamentos para tratamento de DST/AIDS só a partir de 2008 foi incluído no programa assistência farmacêutica.







Tabela 22. Recursos federais transferidos para os estados por habitante em valores reais. 2002\* – 2011.

UF/Região	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Variação %
<b>Rondônia</b>	26,33	61,49	70,56	65,14	67,30	79,61	82,30	79,46	80,83	70,86	169,15
<b>Acre</b>	107,24	113,91	114,72	112,91	133,28	149,47	150,66	175,29	205,88	194,63	81,49
<b>Amazonas</b>	80,69	94,78	93,82	119,12	89,69	98,35	159,26	140,19	116,22	117,14	45,17
<b>Roraima</b>	66,39	13,29	63,26	54,90	70,07	76,39	107,11	149,81	163,82	131,69	98,35
<b>Pará</b>	52,01	42,13	38,50	37,65	39,80	50,32	57,81	67,53	61,29	39,15	-24,71
<b>Amapá</b>	92,18	55,75	70,19	79,26	84,59	114,37	132,84	139,22	137,58	102,02	10,67
<b>Tocantins</b>	27,07	26,59	64,16	124,30	130,67	121,75	153,57	168,86	188,31	129,96	380,14
<b>REGIÃO NORTE</b>	64,56	58,28	73,60	84,75	87,91	98,61	120,51	131,48	136,28	112,21	73,81
<b>Maranhão</b>	24,69	5,41	12,02	21,66	24,45	26,75	34,02	30,01	33,50	42,34	71,49
<b>Piauí</b>	47,95	46,53	32,15	46,15	44,86	67,72	65,41	72,14	90,61	77,48	61,59
<b>Ceará</b>	69,30	57,25	49,48	45,98	51,10	50,14	46,42	43,28	43,74	44,10	-36,36
<b>Rio Grande do Norte</b>	30,50	38,32	69,13	70,35	78,38	87,76	76,94	98,82	112,76		269,75**
<b>Paraíba</b>	83,33	72,80	35,09	54,65	48,37	46,28	44,76	51,35	56,82	41,27	-50,47
<b>Pernambuco</b>	67,56	62,86	78,21	100,04	101,78	108,92	118,61	124,02	136,22	126,61	87,41
<b>Alagoas</b>	62,00	63,49	47,91	50,43	50,67	61,17	54,85	59,92	74,25		19,76**
<b>Sergipe</b>	39,44	63,49	83,69	71,85	68,53	64,56	74,09	85,36	125,37	89,02	125,73
<b>Bahia</b>	29,51	39,50	90,20	83,37	71,57	66,89	66,84	82,29	84,19	85,07	188,27
<b>REGIÃO NORDESTE</b>	50,48	49,96	55,32	60,50	59,97	64,47	64,66	71,91	84,16	63,24	25,28
<b>Minas Gerais</b>	60,57	60,68	56,38	51,86	58,31	63,05	76,93	76,64	79,18	70,60	16,57
<b>Espírito Santo</b>	34,24	32,49	5,63	96,29	106,22	116,80	134,54	138,72	134,45	128,68	275,85
<b>Rio de Janeiro</b>	40,00	43,69	44,71	80,83	90,55	47,49	55,99	65,42	51,37	46,92	17,32
<b>São Paulo</b>	37,40	59,93	88,05	90,50	95,86	100,20	106,40	119,90	109,47	106,36	184,41
<b>REGIÃO SUDESTE</b>	43,05	49,20	48,69	79,87	87,74	81,88	93,47	100,17	93,62	88,14	104,75
<b>Paraná</b>	86,11	79,02	68,81	67,84	84,03	89,29	88,32	92,53	98,29	91,79	6,59
<b>Santa Catarina</b>	108,43	77,33	67,58	70,08	73,02	76,31	109,05	102,80	105,31	82,24	-24,16
<b>Rio Grande do Sul</b>	11,52	17,39	64,11	59,04	63,05	71,45	82,91	88,93	94,84	81,09	604,04
<b>REGIÃO SUL</b>	68,68	57,91	66,83	65,65	73,37	79,02	93,43	94,75	99,48	85,04	23,81

<b>Mato Grosso do Sul</b>	43,56	64,40	55,66	53,02	64,33	69,97	64,55	77,01	76,23	61,32	40,78
<b>Mato Grosso</b>	43,92	98,29	75,48	70,33	67,19	87,61	100,10	100,38	96,41	90,55	106,18
<b>Goiás</b>	83,09	58,06	33,26	38,19	31,02	36,64	38,83	38,21	50,73	18,43	-77,82
<b>Distrito Federal</b>	715,88	230,91	159,04	150,41	156,59	167,29	187,19	219,89	225,02	220,56	-69,19
<b>REGIÃO CENTRO-OESTE</b>	221,61	112,91	80,86	77,98	79,78	90,38	97,67	108,87	112,10	97,71	-55,91
<b>REGIÃO CO sem DF</b>	56,85	73,58	54,80	53,84	54,18	64,74	67,83	71,87	74,46	56,77	-0,15
<b>TOTAL</b>	58,06	56,14	65,51	71,96	75,20	76,11	84,05	91,06	90,69	81,13	39,74

Fonte: SIOPS. Elaboração própria.

\*Não estavam disponíveis no sítio do SIOPS na internet os valores referentes ao ano de 2001.

\*\*A variação foi calculada considerando o ano de 2010, pois não estavam disponíveis os dados referentes a 2011.

**Tabela 27. Percentual dos gastos estaduais com recursos próprios segundo declaração dos estados e análise do SIOPS\* (EC 29)\*\*. 2001 – 2011.**

UF	2001			2002			2003			2004		2005		2006	
	% mín	% declar	% analis	% mín	% declar	% analis	% mín	% declar	% analis	% declar	% analis	% declar	% analis	% declar	% analis
<b>Rondônia</b>	8,63	10,64	10,64	9,47	9,47	9,47	10,32	10,54	10,43	11,42	11,42	12,11	12,21	12,1	12,97
<b>Acre</b>	12	14,77	14,8	12	13,46	13,46	12	12,96	12,96	12,48	12,48	12,05	12,05	13,77	13,42
<b>Amazonas</b>	12	21,15	21,3	12	25,11	25,11	12	20,37	25,63	19,56	24,4	20,78	21,22	23,47	23,73
<b>Roraima</b>	11,61	14,92	14,2	11,71	10,14	10,14	11,8	13,26	12,3	11,53	11,53	12,77	13,7	13,22	14,62
<b>Pará</b>	8,26	8,88	8,88	9,2	9,88	9,88	10,13	10,31	10,56	12,04	12,04	12,41	12,42	12,74	11,82
<b>Amapá</b>	10,53	10,3	10,35	10,9	12,52	12,52	11,26	14,99	14,87	14,14	14,14	11,31		12,93	13,23
<b>Tocantins</b>	9,92	12,3	12,3	10,44	11,48	11,48	10,96	11,32	11,32	12,02	12,02	12,05	12,05	13,52	13,47
<b>Maranhão</b>	8	1,75	1,76	9	5,56	5,51	10	7,98	5,96	13,23	13,23	12,73	8,51	11,17	8,13
<b>Piauí</b>	8	8,9	7,11	9	6,07	6,07	10	7,48	7,35	11,62	11,62	12,64	12,64	13,48	8,93
<b>Ceará</b>	8	7,54	7,51	9	8,18	8,13	10	8,74		12,7	12,22	11,97	13,72	14,21	9,47
<b>Rio Grande do Norte</b>	12	11,53	11,64	12	13,3	13,3	12	14,58	9,38	12,02	12,02	12,63	15,95	14,43	13,35

<b>Paraíba</b>	8	12,81	12,82	9	10,52	10,52	10	10,62	7,83	9,59	7,4	10,32	12,74	12,91	8,55
<b>Pernambuco</b>	10,77	11,6	10,94	11,08	11,59	9,2	11,38	11,88	9,8	12	11,93	12,23	12,11	13,24	11,45
<b>Alagoas</b>	9,88	7,96	7,96	10,41	9,39	9,39	10,94	8,96	8,96	12,08	12,08	12,01	12,1	12	9,68
<b>Sergipe</b>	8	5,77	5,8	9	8,06	8,06	10	10,07	10,07	12,04	10,85	12,14	12,12	11,11	11,22
<b>Bahia</b>	9,19	8,4	8,83	9,89	9,41	9,41	10,6	10,38	10,61	12,15	12,15	12,15	12,15	12,17	11,44
<b>Minas Gerais</b>	8	6,88	6,91	9	6,36	6,35	10	10,2	6,26	12,16	8,66	12,33	12,33	13,2	6,04
<b>Espírito Santo</b>	12	12,23	9,38	12	12,91	9,38	12	12,65	10,54	12,23	9,81	12,05	12,05	10,43	10,71
<b>Rio de Janeiro</b>	8,58	5,01	5,05	9,44	6,28	5,26	10,29	10,85	8,04	11,92	10,43	11,92	12,5	10,37	10,27
<b>São Paulo</b>	10,06	11,15	8,94	10,55	11,76	10,74	11,03	12,26	10,64	13,74	11,52	12,95	12,95	12,8	11,63
<b>Paraná</b>	8	10,09	3,7	9	5,98	4,52	10	5,75	6,35	6,14	8,34	8,35	9,59	11,55	11,33
<b>Santa Catarina</b>	9,87	8,43	8,43	10,4	5,9	5,9	10,94	8,18	10,56	11,25	12,31	10,79	13,57	13,09	12,16
<b>Rio Grande do Sul</b>	8	6,59	7,19	9	5,62	5,14	10	4,32	5,87	5,2	5,43	4,8	7,45	5,4	4,41
<b>Mato Grosso do Sul</b>	9,5	6,81	6,81	10,13	9,22	9,22	10,75	8,61	7,65	12,14	6,15	12,57	12,88	12,25	8,14
<b>Mato Grosso</b>	8	6,33	6,33	9	7,72	7,72	10	9,09	9,49	11,01	11,25	11,19	12,52	11,07	10,96
<b>Goiás</b>	8,7	12,39	8,78	9,53	8,12	7,71	10,35	10,12	9,28	12,46	11,1	12,05	12,07	12,9	7,06
<b>Distrito Federal</b>	8	8,91	8,91	9	9,78	9,78	10	11,06	11,17	13,27	13,27	15,51	15,5	16,56	16,78
<b>Número de UF que não cumpriram a EC 29</b>		<b>13</b>	<b>17</b>		<b>15</b>	<b>17</b>		<b>11</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>18</b>

Fonte: SIOPS. Elaboração própria.

\*As análises do SIOPS estão disponíveis para os anos de 2001 a 2008. Estão destacados em amarelo os gastos percentuais que não atingiram o mínimo estabelecido pela EC 29.

\*\*A EC nº 29/2000 estabeleceu uma transição de elevação dos gastos até atingir o percentual mínimo de 12% a partir de 2004.

**Tabela 27. Percentual dos gastos estaduais com recursos próprios segundo declaração dos estados e análise do SIOPS\* (EC 29). 2001 – 2011 (continuação).**

UF	2007		2008		2009		2010		2011	
	% declar	% analis	% declar	% analis	% declar	% analis	% declar	% analis	% declar	% analis
<b>Rondônia</b>	12	11,9	12,78	12,19	12,58		14,71		12,57	
<b>Acre</b>	13,82	13,27	14,34	15,23	17,23		17,43		16,24	
<b>Amazonas</b>	22,17	23,8	19,21	21,39	23,23		20,67		22,18	
<b>Roraima</b>	13,64	14,46	14,95	14,52	12,32		13,78		14,13	
<b>Pará</b>	12,61	12,57	12,77	12,12	12,44		12,48		12,4	
<b>Amapá</b>	13,74	15,87	13,91	13,12	12,03		12,03		12,99	
<b>Tocantins</b>	14,74	15,12	13,79	13,63	15,67		17,24		18,72	
<b>Maranhão</b>	11,77	8,89	12,06	9,88	12,61		12,03		12,23	
<b>Piauí</b>	13,71	7,77	12,16	9,01	10,06		11,07		9,88	
<b>Ceará</b>	12,14	7,87	14,36	9,64	15,8		16,11		15,51	
<b>Rio Grande do Norte</b>	17,53	18,65	16,52	17,77	16,34		15,28		15,57	
<b>Paraíba</b>	12,72	7,41	12,49	11,25	16,03		13,73		12,03	
<b>Pernambuco</b>	14,11	10,54	14,8	13,54	15,81		17,64		15,73	
<b>Alagoas</b>	12	10,66	12,2	10,77	12,12		12,34		NI	
<b>Sergipe</b>	12,44	12,02	12,7	12,07	12,65		13,02		12,69	
<b>Bahia</b>	12,63	12,07	12,77	12,23	13,89		13,67		13,44	
<b>Minas Gerais</b>	13,3	7,09	12,19	8,65	14,67		13,3		12,29	
<b>Espirito Santo</b>	9,88	9,99	10,24	10,39	11,8		12,77		12,48	
<b>Rio de Janeiro</b>	10,92	10,77	12,63	10,75	12,15		12,09		12,22	
<b>São Paulo</b>	13,07	12,08	13,46	12,44	12,66		12,63		12,83	
<b>Paraná</b>	9,22	9,81	9,79	9,84	9,76		9,98		9,74	
<b>Santa Catarina</b>	13,35	11,28	12,47	11,74	12,14		12,04		12,09	
<b>Rio Grande do Sul</b>	5,8	3,75	6,53	4,37	7,24		7,62		8,04	

<b>Mato Grosso do Sul</b>	13,46	9,44	12,98	12,25	14,78	14,92	13,94
<b>Mato Grosso</b>	11,9	10,77	11,24	11,26	11,66	12,28	12,07
<b>Goiás</b>	12,3	8,09	12,87	9,51	13,13	12,16	14,62
<b>Distrito Federal</b>	20,25	19,64	17,49	16,12	14,38	13,37	16,04
<b>Número de UF que não cumpriram a EC 29</b>	<b>6</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

Tabela 28. Percentual de gasto estadual com recursos próprios segundo declaração dos estados e análise do SIOPS por faixas. 2001 e 2011.

Faixas	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	2010	2011
	Decl	SIOPS	Decl	SIOPS	Decl	SIOPS	Decl	SIOPS	Decl	SIOPS	Decl	SIOPS	Decl	SIOPS	Decl	SIOPS	Decl	Decl	Decl
<b>&lt;= 6</b>	3	4	4	5	2	2	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0
<b>&gt;6 e &lt;=9</b>	11	13	7	6	6	7	1	4	1	2	0	6	0	6	1	1	1	1	1
<b>&gt;9 e &lt;12</b>	6	5	11	12	12	13	7	10	6	1	6	11	5	9	3	11	4	2	2
<b>&gt;= 12 e &lt;=14</b>	4	2	4	3	4	2	16	10	17	20	16	6	16	5	16	9	12	16	14
<b>&gt;14 e &lt;=16</b>	2	2	0		2	1	1	1	0	2	2	1	2	3	4	2	6	3	5
<b>&gt;16</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	3	3	3	3	4	5	4
<b>não informado</b>						1				1									1
<b>não cumpriram EC 29</b>	13	17	15	17	11	15	9	15	8	3	7	18	6	16	4	13	5	3	3

Fonte: SIOPS. Elaboração própria.

\*As análises do SIOPS estavam disponíveis para os anos de 2001 a 2008.

**Tabela 31. Despesas totais dos municípios por habitante em valores reais segundo porte populacional. 2001 – 2011.**

<b>IGP – DI</b>	2,4728	2,2407	1,9741	1,6076	1,4694	1,3867	1,3632	1,2973	1,1663	1,1457	1,0852	
<b>Faixa populacional</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>variação %</b>
<b>Até 5.000</b>	324,73	384,24	382,82	382,98	421,13	472,39	500,94	579,82	537,08	597,69	651,33	100,58
<b>5.001 a 10.000</b>	234,87	274,28	268,18	263,95	288,56	318,90	346,88	393,63	369,36	415,38	453,18	92,95
<b>10.001 a 20.000</b>	205,54	231,71	226,82	224,23	243,79	273,42	301,29	340,33	328,50	370,14	400,40	94,80
<b>20.001 a 50.000</b>	192,31	217,89	220,03	212,81	223,72	250,41	281,99	322,07	312,13	355,63	385,30	100,35
<b>50.001 a 100.000</b>	219,66	236,98	239,08	234,55	244,33	268,85	309,12	344,77	343,41	382,19	396,15	80,35
<b>100.001 a 200.000</b>	281,70	294,88	296,59	289,08	273,16	293,15	342,86	376,77	374,91	425,22	453,32	60,92
<b>200.001 a 400.000</b>	271,46	282,28	284,09	276,78	278,51	296,02	330,18	370,18	366,92	408,73	476,36	75,48
<b>Acima de 400.001</b>	333,68	353,65	338,36	339,78	333,07	355,29	397,73	443,47	440,20	494,94	534,08	60,06

Fonte: SIOPS. Elaboração própria.  
Dados apresentados no Gráfico 18.

**Tabela 32. Despesas totais dos municípios por habitante em valores reais segundo região. 2001 – 2011.**

<b>IGP - DI</b>	2,4728	2,2407	1,9741	1,6076	1,4694	1,3867	1,3632	1,2973	1,1663	1,1457	1,0852	
<b>Região</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>variação %</b>
<b>Sudeste</b>	310,26	334,54	326,22	322,03	320,64	341,46	388,25	435,97	428,30	485,02	529,61	70,70
<b>Centro-Oeste</b>	280,14	304,94	308,59	309,77	311,54	335,73	379,92	435,56	424,84	487,88	516,45	84,35
<b>Sul</b>	280,32	295,01	292,54	284,48	290,37	313,26	347,64	382,73	381,31	420,85	462,40	64,96
<b>Nordeste</b>	196,46	219,10	217,82	218,92	232,93	263,97	289,63	326,27	321,75	358,56	388,68	97,84
<b>Norte</b>	196,54	214,46	210,24	204,86	207,52	237,00	264,88	293,24	278,90	314,83	329,71	67,76

Fonte: SIOPS. Elaboração própria.  
Dados apresentados no Gráfico 19.



**Tabela 33. Despesas com serviços de terceiros em relação às despesas totais com saúde dos estados, segundo Unidade da Federação e região. 2002\* – 2011.**

UF	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	variação %
<b>Rondônia</b>	9,11	8,96	21,77	19	18,94	19,17	22,21	20,45	19,98	20,14	121,08
<b>Acre</b>	8,61	6,02	7,33	8,19	8,45	7,51	7,47	10,64	21,28	30,39	252,96
<b>Amazonas</b>	6,29	6,81	14,94	15,21	14,21	13,94	15,19	15,76	15,94	16,82	167,41
<b>Roraima</b>	69,96	51,87	57,07	41,34	40,42	37,79	33,91	35,58	32,74	23,31	-66,68
<b>Pará</b>	22,73	20,57	23,28	16,6	14,86	15,01	12,87	12,65	11,3	9,11	-59,92
<b>Amapá</b>	6,96	6,71	9,41	12,08	13,45	14,57	15,67	17,13	14,85	11,7	68,10
<b>Tocantins</b>	6,84	5,71	8,3	22	22,05	22	24,52	26,65	20,65	21,3	211,40
<b>Região Norte</b>	18,64	15,24	20,30	19,20	18,91	18,57	18,83	19,84	19,53	18,97	1,74
<b>Maranhão</b>	23,66	22,81	20,63	32,82	25,5	29,91	31,74	35,41	38,35	49,29	108,33
<b>Piauí</b>	9,15	5,35	20,01	25,99	26,94	25,83	29,27	32,02	31,02	30,53	233,66
<b>Ceará</b>	35,53	31,93	24,91	34,77	22,67	25,22	13,24	13,4	8,33	8,64	-75,68
<b>Rio Grande do Norte</b>	5,93	10,24	20	16,84	14,71	13,81	14,67	15,21	17,72	...	198,82
<b>Paraíba</b>	18,38	22,41	17,89	14,03	12,69	11,57	12,67	12,13	13,63	16,7	-9,14
<b>Pernambuco</b>	15,21	12,92	24,73	32,77	32,9	29,66	27,92	27,3	30,51	28,62	88,17
<b>Alagoas</b>	19,79	20,89	20,54	20,65	24,55	18,41	16,14	16,48	15,42	...	-22,08
<b>Sergipe</b>	25,87	30	23,2	12,91	13,17	11,87	14,69	20,96	52,66	67,11	159,41
<b>Bahia</b>	14,98	22,46	38,62	36,85	30,95	32,12	30,6	31,56	33,92	37,77	152,14
<b>Região Nordeste</b>	18,72	19,89	23,39	25,29	22,68	22,04	21,22	22,72	26,84	34,09	82,11
<b>Minas Gerais</b>	25,88	20,64	15,27	20,48	18,97	20,15	22,04	21,91	23,57	24,77	-4,29
<b>Espírito Santo</b>	16,26	15,6	16,35	27,91	26,27	26,63	29,5	28,11	21,26	17,62	8,36
<b>Rio de Janeiro</b>	38,28	36,75	37,93	48,88	55,23	43,82	41,91	32,7	35,33	36,05	-5,83
<b>São Paulo</b>	22,85	22,49	21,36	19,77	18,91	19,09	18,47	20,78	23,2	23,65	3,50
<b>Região Sudeste</b>	25,82	23,87	22,73	29,26	29,85	27,42	27,98	25,88	25,84	25,52	-1,14
<b>Paraná</b>	48,14	47,45	38,19	34,73	34,25	35,94	38,54	39,56	35,56	35,89	-25,45
<b>Santa Catarina</b>	31,05	30,54	31,56	27,72	33,49	34,25	22,17	20,82	19,38	19,08	-38,55

<b>Rio Grande do Sul</b>	9,2	13,42	38,26	37,66	40,36	20,42	21,73	24,22	23,56	25,08	172,61
<b>Região Sul</b>	29,46	30,47	36,00	33,37	36,03	30,20	27,48	28,20	26,17	26,68	-9,44
<b>Mato Grosso do Sul</b>	12,1	21,47	19,19	11,93	13,61	8,38	3,88	4,14	3,4	3,58	-70,41
<b>Mato Grosso</b>	19,15	27,25	20,44	19,32	17,71	17,8	19,13	16,38	17,15	13,28	-30,65
<b>Goiás</b>	30,64	24,58	27,42	22,37	16,88	17,85	20,44	9,14	32,67	15,99	-47,81
<b>Distrito Federal</b>	16,24	30,24	29,88	30,69	26,93	23,72	26,98	34,25	30,46	31,35	93,04
<b>Região Centro-Oeste</b>	19,53	25,89	24,23	21,08	18,78	16,94	17,61	15,98	20,92	31,35	60,50
<b>Total</b>	22,62	23,39	24,93	26,09	25,4	23,34	22,79	23,18	24,76	25,51	12,78

Fonte: SIOPS. Elaboração própria.

\*Os dados referentes ao ano de 2001 não estão disponíveis no SIOPS.

Os dados por região estão no gráfico 20.

**Tabela 34. Despesas com serviços de terceiros em relação às despesas totais com saúde dos municípios, segundo porte populacional. 2001 – 2011.**

<b>Faixa populacional</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>variação %</b>
<b>Até 5.000</b>	14,9	12,66	11,95	12,12	12,58	12,13	12,63	12,93	13,46	13,32	13,95	-6,38
<b>De 5.001 a 10.000</b>	15,34	11,66	10,98	11,22	11,56	11,31	11,27	11,47	12,25	12,77	13,66	-10,95
<b>De 10.001 a 20.000</b>	16,18	12,12	11,98	11,39	12,18	11,71	12,26	12,29	12,84	13,93	14,74	-8,90
<b>De 20.001 a 50.000</b>	18,54	16,58	16,36	16,54	16,07	15,64	15,35	15,61	15,85	15,85	17,18	-7,34
<b>De 50.001 a 100.000</b>	27,57	24,04	22,68	23,2	24,29	24,05	23,75	24,17	24,85	25,11	24,38	-11,57
<b>De 100.001 a 200.000</b>	35,11	33,58	31,63	31,44	29,57	29,17	28,47	28,34	28,38	28,62	29,57	-15,78
<b>De 200.001 a 400.000</b>	36,59	31,24	32,65	31,68	30,75	30,28	30,81	30,7	31,39	30,7	30,28	-17,25
<b>Acima de 400.001</b>	42,33	36,22	36,03	37,64	36,18	36,61	37,66	36,68	39,8	32,16	31,65	-25,23
<b>Total</b>	31,87	27,27	26,95	27,68	26,62	26,48	26,81	26,56	28,19	25,45	25,7	-19,36

Fonte: SIOPS. Elaboração própria.

Dados apresentados no gráfico 21.

**Tabela 35. Despesas com serviços de terceiros em relação às despesas totais com saúde dos municípios, segundo região. 2001 – 2011.**

<b>Região</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>variação %</b>
<b>Norte</b>	24,33	18,56	18,27	17,92	15,45	14,38	15,38	15,07	14,39	14,33	14,77	-39,29
<b>Nordeste</b>	28,49	24,63	25,24	25,94	24,77	24,22	22,89	21,68	21,8	20,95	21,57	-24,29
<b>Sudeste</b>	30,77	25,78	26,07	27,71	26,7	27,1	28,13	28,36	31,44	26,83	26,66	-13,36
<b>Sul</b>	40,67	37,29	33,78	32,78	32,53	32,46	33,18	33,14	33,99	33,01	33,33	-18,05
<b>Centro-Oeste</b>	36,72	31,85	30,68	29,45	28,88	27,91	27,42	26,81	27,11	24,9	26,17	-28,73
<b>Total</b>	31,87	27,27	26,95	27,68	26,62	26,48	26,81	26,56	28,19	25,45	25,71	-19,33

Fonte: SIOPS. Elaboração própria.  
Dados apresentados no gráfico 22.

## REFERÊNCIAS

- ANDERSON, Perry. Balanço do Neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Orgs.). *Pós-neoliberalismo – As políticas sociais e o Estado democrático*. São Paulo: Paz e Terra.
- ANDRADE, Luiz Odorico M. de. *SUS passo a passo. Normas, gestão e financiamento*. São Paulo-Sobral: Editora Hucitec, 2001.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES-FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL. *Análise da Seguridade Social 2011*. Brasília: Fundação ANFIP de Estudos da Seguridade Social, 2012.
- ANGELL, Marcia. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. Tradução de Waldéa Barcellos. 5ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2010.
- ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao Trabalho*. 2. ed. São Paulo: Cortez Editora, 1995.
- \_\_\_\_\_. *A desertificação neoliberal no Brasil (Collor, FHC e Lula)*. Campinas/SP: Autores Associados, 2004.
- AROUCA, Sergio. *O dilema preventivista*. São Paulo: Editora Unesp e Editora Fiocruz, 2003.
- BATISTA, Paulo Nogueira. *O Consenso de Washington – a visão neoliberal dos problemas latino-americanos*. Caderno Dívida Externa, nº 6. São Paulo: Editora Peres, 1994.
- BERLINGUER, Giovanni. *Medicina e Política*. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1987.
- \_\_\_\_\_. *Reforma sanitária – Itália e Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec, 1988.
- BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. *Política Social: Fundamentos e História*. São Paulo: Cortez Editora, 2006.
- BEHRING, Elaine. Crise do Capital, fundo público e valor. In Boschetti et al (Orgs.) *Capitalismo em Crise, Política Social e Direitos*. São Paulo: Cortez, 2010.
- BODSTEIN, Regina C. de A., FONSECA, Cristina M. O. Desafio da Reforma Sanitária: consolidação de uma estrutura permanente de serviços básicos de saúde. In: COSTA, Nilson do Rosário et al (Orgs.) *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Petrópolis: Vozes, 1989.
- BONAMIGO, José & CARDOSO, Florentino. *A qualidade dos médicos no Brasil*. Tendências e Debates. Jornal Folha de São Paulo, 29 de agosto de 2012.
- BORÓN, Atílio. A Sociedade Civil depois do Dilúvio Neoliberal. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Orgs.). *Pós-neoliberalismo – As políticas sociais e o Estado democrático*. São Paulo: Paz e Terra, 1995.

- BOSCHETTI, Ivanete. Os custos da crise para a política social. In: BOSCHETTI, Ivanete *et al* (Orgs.). *Capitalismo em crise, Política Social e Direitos*. São Paulo: Editora Hucitec, 1988.
- \_\_\_\_\_. *Dimensões, categorias e indicadores para análise e avaliação de políticas sociais*. Texto didático preparado para a disciplina Análise de Políticas Sociais. Programa de Pós-graduação em Política Social. SER-UnB, 2006a.
- \_\_\_\_\_. *Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil*. Brasília: LetrasLivres: Editora UnB, 2006b.
- \_\_\_\_\_. *A Insidiosa Corrosão dos Sistemas de Proteção Social Europeus*. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 112, p. 754-803, out./dez. 2012.
- BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sergio Góes de. *Saúde e Previdência, Estudos de Política Social*. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1986.
- BRASIL. *Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos - síntese dos principais resultados*. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Elaborado por Sarah Scorel (Coord.). Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- \_\_\_\_\_. *Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil. Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família – 2001/2002*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- \_\_\_\_\_. *7ª Conferência Nacional de Saúde*. Anais. Brasília: Ministério da Saúde, 1980.
- \_\_\_\_\_. *8ª Conferência Nacional de Saúde*. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- \_\_\_\_\_. *10ª Conferência Nacional de Saúde*. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- \_\_\_\_\_. *11ª Conferência Nacional de Saúde*. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- \_\_\_\_\_. *12ª Conferência Nacional de Saúde*. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- \_\_\_\_\_. *13ª Conferência Nacional de Saúde*. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- \_\_\_\_\_. *14ª Conferência Nacional de Saúde*. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- \_\_\_\_\_. *Cadernos de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família. Cad. 2 – Treinamento Introductório*. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

- \_\_\_\_\_. *Manual para a Organização da Atenção Básica*. Secretaria de Assistência à Saúde. 4ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- \_\_\_\_\_. *Memórias da Saúde da Família no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Série I – História da Saúde no Brasil, 2010b.
- \_\_\_\_\_. *Política Nacional de Atenção Básica*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- \_\_\_\_\_. *Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado*. Câmara de Reforma do Estado. Brasília: Presidência da República, Ministério de Administração Federal e Reforma do Estado, 1995.
- \_\_\_\_\_. *Portaria nº 1882, de 18 de dezembro de 1997*. Diário Oficial, Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- \_\_\_\_\_. *Portaria nº 1886, de 18 de dezembro de 1997*. Diário Oficial, Brasília, 1997.
- \_\_\_\_\_. *Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008*. Diário Oficial, Brasília, 2008.
- \_\_\_\_\_. *Saúde Brasil 2009, Uma análise da situação de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Editora MS, 2010a.
- BURSZTYN, Ivani *et al.* *Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud segmentados*. Rev. salud pública. 12 (1): 77-88, 2010.
- BUSS, Paulo Marchiori, LABRA, Maria Eliana. *Sistemas de Saúde, continuidades e mudanças*. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora Hucitec/Editora Fiocruz, 1995.
- CAETANO, Rosângela & DAIN, Sulamis. *O Programa de Saúde da Família e a Reestruturação da Atenção Básica à Saúde nos Grandes Centros Urbanos: Velhos Problemas, Novos Desafios*. PHYSIS; Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 12 (1): 11 – 21, 2002.
- CAMARGO JÚNIOR. Keneth Rochel de. *Biomedicina, saber & ciência – uma abordagem crítica*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.
- CAMPOS, Florianita C. B., HENRIQUES, Claudio M. *Contra a maré à beira-mar. A experiência do SUS em Santos*. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.
- CAMPOS, Gastão Wagner de S. *Os médicos e a política de saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 1988.
- \_\_\_\_\_. *Planejamento sem normas*. São Paulo: Editora Hucitec, 1989.
- \_\_\_\_\_. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Editora Hucitec, 1991.
- \_\_\_\_\_. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 1992.
- \_\_\_\_\_. *O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, 12 (Sup); 1865 – 1874, 2007.

\_\_\_\_\_. Modo de produção singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. In: SANTOS, Nelson Rodrigues & AMARANTE, Paulo D. de Carvalho (Orgs.). *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

\_\_\_\_\_. *É preciso um novo pacto da sociedade pelo SUS*. Entrevista publicada na Revista RADIS, Rio de Janeiro, nº 108: 18 - 21 agosto 2011.

CARNOY, Martin. *Estado e Teoria Política*. 9. ed. Campinas/SP: Papirus Editora, 2004.

CARVALHO, Gilson. *A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais*. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 6(2): 435-444, 2001.

\_\_\_\_\_. Avaliação do atual modelo da gestão pública do SUS quanto ao financiamento público na saúde. In: SANTOS, Nelson Rodrigues & AMARANTE, Paulo D. de Carvalho (Orgs.). *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

CARVALHO, José Murilo de. *Cidadania no Brasil – o longo caminho*. 12. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

CASTEL, Robert. *As metamorfoses da questão sócia: uma crônica do salário*. 4. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). Política pública de saúde: qual o rumo? In: SANTOS, Nelson Rodrigues & AMARANTE, Paulo D. de Carvalho (Orgs.). *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

CHESNAIS, François (org.). *A finança mundializada: raízes sociais e políticas, configuração, consequências*. São Paulo: Boitempo, 2005.

COHN, Amélia. *A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões*. Revista Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25 (7): 1614 – 1619, jul. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. Coleção Para entender o SUS. Vol. 3. Brasília: CONASS, 2011.

CONILL, Eleonor Minho *et al.* *Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina*. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 10 (Supl. 1): S15-S27 nov., 2010.

CONSELHO DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (CDES). *Indicadores de Iniquidade do Sistema Tributário Nacional: Relatório de Observação nº 2*. Brasília: Presidência da República, 2ª edição, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *O médico e seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2004.

\_\_\_\_\_. *Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009*. Brasília: Conselho Federal de Medicina 2010.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO / CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Demografia Médica no Brasil. São Paulo*. v. 1. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2011.

\_\_\_\_\_. *Demografia Médica no Brasil. São Paulo*. v. 2. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013.

COSTA, Nilson do Rosário Costa. *Lutas Urbanas e Controle Sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Vozes e Abrasco, 1986.

CUETO, Marcos. *The origins of primary health care and selective primary health care*. American Journal of Public Health, 94(11): 1864 – 1874, 2004.

CUNHA, Gustavo Tenório. *A construção da clínica ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: Editora Hucitec, 2005.

DAIN, Sulamis. A economia política da reforma tributária de 2003. In: PINTO, Márcio P. Alves & BIASOTO Jr, Geraldo (orgs.). *Política Fiscal e Desenvolvimento no Brasil*. Campinas/SP: Editora da Unicamp, 2006.

DONNANGELO, Maria Cecília F. *Medicina e Sociedade*. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1975.

DONNANGELO, Maria Cecília F., PEREIRA, Luiz. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

ENGELS, Friedrich. *A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado*. 11. ed. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1987.

ESCOREL, Sarah, NASCIMENTO, Dilene R., EDLER, Flavio C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. *Saúde e Democracia. História e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

\_\_\_\_\_. *Reviravolta na saúde – origem e articulação do movimento sanitário*. 1ª reimpr. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. *As três economias políticas do Welfare State*. Lua Nova, n. 24. São Paulo: Marco Zero/Cedec, set. 1991.

\_\_\_\_\_. *Fundamentos Sociales de las economias posindustriales*. Barcelona: Editorial Ariel, S.A., 2000.

FAGNANI, Eduardo. Avaliação do ponto de vista do gasto e financiamento das políticas públicas. In: RICO, Elizabeth Melo (org.) *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Cortêz Editora, 2009.

FAUSTO, Boris. *História do Brasil*. 2. ed. São Paulo: Edusp, 1995.



- FERNANDES, Florestan. *A Revolução burguesa no Brasil*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.
- \_\_\_\_\_. *A Constituição inacabada*. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.
- \_\_\_\_\_. *Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina*. São Paulo: Global, 2009.
- FERREIRA, Mariana R. Jansen. Financeirização: impacto nas prioridades de gasto do Estado – 1990 a 2007. In: MARQUES, Rosa Maria & FERREIRA, Mariana R. Jansen (Orgs.). *O Brasil sob a nova ordem: a economia brasileira contemporânea: uma análise dos governos Collor a Lula*. São Paulo: Saraiva, 2010.
- FEUERWERKER, Laura. *Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil*. São Paulo: Hucitec/Rede Unida, 1998.
- FIORI, José Luís. *Brasil no espaço*. 2. ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2001.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1995.
- \_\_\_\_\_. *O nascimento da clínica*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.
- FRANCO, Túlio B., BUENO Wanderley S. & MERHY, Emerson E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, Emerson *et al* (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.
- FRANCO, Túlio B. & MERHY, Emerson E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias *et al*. (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.
- GERSCHMAN, Silvia. *A democracia inconclusa. Um estudo da Reforma Sanitária Brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- GIOVANELLA, Lígia. *A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22 (5): 951-963, mai, 2006.
- GIOVANELLA, Lígia & MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia *et al* (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.
- GONÇALVES, Reinaldo. *Novo desenvolvimentismo e liberalismo enraizado*. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n. 112, p. 637-671, out./dez. 2012.
- GONÇALVES, Ricardo Bruno M. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: SCHRAIBER, Lilia Blima (Org.) *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Editora Hucitec, 1993.

GOUGH, Ian. *Economia política del Estado delbienestar*. Madrid: H. Blume Ediciones, 1982.

GRANEMANN, Sara. *Previdência complementar e o fetiche da gestão do capital pelo trabalho*. Disponível no endereço eletrônico <[http://www.secep.com.br/arquivos/Previdencia complementar e o fetiche da gestao do capital pelo trabalho.pdf](http://www.secep.com.br/arquivos/Previdencia_complementar_e_o_fetiche_da_gestao_do_capital_pelo_trabalho.pdf)> acesso 19 nov. 2012.

HARVEY, David. *O enigma do capital: e as crises do capitalismo*. São Paulo: Boitempo, 2011.

HEIMANN, Luiza Sterman & MENDONÇA, Maria Helena. A trajetória da Atenção Básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, Nísia Trindade et al (Orgs.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

HOLANDA, Sergio B. de. *Raízes do Brasil*. 26. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

ILLICH, Ivan. *A Expropriação da Saúde – Nêmesis da Medicina*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Estatísticas da Saúde – Assistência Médico-Sanitária, 2002*. Rio de Janeiro: IBGE, 2002, disponível em <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>.

\_\_\_\_\_. *Estatísticas da Saúde – Pesquisa Assistência Médico-Sanitária, 2005*. Rio de Janeiro: IBGE, 2006, disponível em <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>.

\_\_\_\_\_. *Estatísticas da Saúde – Pesquisa Assistência Médico-Sanitária, 2009*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010, disponível em <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>.

\_\_\_\_\_. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Acesso e Utilização de Serviços de Saúde 1998*. Rio de Janeiro: IBGE, 2000, disponível em <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>.

\_\_\_\_\_. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Acesso e Utilização de Serviços de Saúde 2003*. Rio de Janeiro: IBGE, 2005, disponível em <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>.

\_\_\_\_\_. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Um panorama da saúde no Brasil – Acesso e Utilização dos Serviços, Condições de Saúde e Fatores de Risco e Proteção à Saúde 2008*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010, disponível em <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>.

\_\_\_\_\_. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Vol. 30 Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010, disponível em <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (Ipea). *Sistema de Indicadores de Percepção Social – SIPS – Saúde*. Brasília: Ipea, 2011, disponível em <[www.ipea.gov.br](http://www.ipea.gov.br)>.

\_\_\_\_\_. *A Década Inclusiva (2001-2011): Desigualdade, Pobreza e Políticas de Renda*. Comunicados IPEA, nº 155. Brasília: Ipea, 2012, disponível em <[www.ipea.gov.br](http://www.ipea.gov.br)>.

- IYDA, Massako. *Cem anos de saúde pública – a cidadania negada*. São Paulo: Editora Unesp, 1994.
- KOSIK, Karel. *Dialética do Concreto*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.
- LAURELL, Asa Cristina (Org.). *Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo*. São Paulo: Cortez Editora, 1995.
- LEYS, Colin. *A política a serviço do mercado*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2004.
- LIMA, Nísia T., FONSECA, Cristina M. O., HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil. In: LIMA, Nísia T. et al (Orgs.) *Saúde e democracia – história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.
- LOBATO, Lenaura de Vasconcelos C. & GIOVANELLA, Ligia. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.
- LUZ, Madel T. Saúde e Instituições médicas no Brasil. In: *Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate*. 4. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.
- \_\_\_\_\_. *Natural Racional Social, Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1988.
- MACHADO, Maria Helena (coord.). *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- MANDEL, Ernest. *Capitalismo Tardio*. 2ª ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985.
- MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. *O Governo Lula e a Contra-Reforma Previdenciária*. Revista São Paulo em Perspectiva, 18(3), 2004.
- MARX, Karl. *O Capital*. Livro I, volume I. São Paulo: DIFEL, 1984a.
- \_\_\_\_\_. *O Capital*. Livro III, volume V. São Paulo: DIFEL, 1984b.
- MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos. *Financiamento dos serviços de saúde pública*. Rev. Saúde Pública, S. Paulo 1 (1): 24 -37, jun. 1967. Republicada em Rev. Saúde Pública, 40(4):559-72; 2006.
- MATTOS, Ruben Araujo. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araujo (Orgs.). *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001a.
- \_\_\_\_\_. *As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias*. Revista Ciência e saúde coletiva. vol.6, n.2 Rio de Janeiro: Jan. 2001b.

- MEDICI, André Cezar. *Economia e Financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.
- MEHRY, Emerson Elias. *O capitalismo e a saúde pública*. Campinas: Papyrus, 1985.
- \_\_\_\_\_. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, Emerson Elias & ONOCKO, Rosana (Orgs.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.
- \_\_\_\_\_. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Editora Hucitec, 2005.
- MERHY, Emerson Elias & FRANCO, Túlio Batista. *Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor?* Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 118 – 122, jan/abr. 2002.
- MELO, Carlos Gentile de. Medicina Previdenciária. In: *Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate*. 4. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.
- MENDES, Áquilas & MARQUES, Rosa Maria. A Saúde Pública sob a batuta da Nova Ordem. In: *O Brasil sob a nova ordem: a economia brasileira contemporânea: uma análise dos governos Collor a Lula*. São Paulo: Saraiva, 2010.
- MENDES, Eugênio V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: TEIXEIRA, Carmen R. et al (Orgs.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucietec/Abrasco, 1993.
- MENICUCCI, Telma M. Gonçalves. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil – atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- \_\_\_\_\_. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: SANTOS, Nelson Rodrigues & AMARANTE, Paulo D. de Carvalho (Orgs.). *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.
- MÉSZÁROS, István. *A Crise estrutural do capital*. São Paulo, Boitempo, 2009.
- NAVARRO, Vicente. Produção e Estado de Bem-Estar: o contexto das reformas. In: Laurell, Asa Cristina (Org.). *Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo*. São Paulo: Cortêz, 1995.
- NEMES, Maria Inês Baptistella. Ação Programática em Saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Editora Hucitec, 1993.
- NETTO, José Paulo. *Introdução ao método da teoria social*. In Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS, ABEPSS, 2009.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. *Do físico ao médico moderno: a formação social da prática médica*. São Paulo: Editora UNESP, 2007.

NOVAES, Humberto de Moraes. *Ações Integradas nos Sistemas Locais de Saúde*. São Paulo: Livraria Pioneira e Editora, 1990.

O'CONNOR, James. *USA: a crise do Estado capitalista*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

OFFE, Claus. *Problemas estruturais do Estado capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

O ESTADO DE SÃO PAULO, jornal. *CFM é contra novas faculdades e importação de médicos*. 11 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. *Mais da metade dos recém-formados em Medicina de São Paulo foram reprovados no exame do Cremesp*. Caderno Educação do jornal o Estado de São Paulo, 6 dez. 2012.

OLIVEIRA, Fabrício Augusto de. A lógica das reformas: a evolução do sistema tributário (1966-2002). In: PINTO, Márcio P. Alves & BIASOTO Jr, Geraldo (Orgs.) *Política Fiscal e Desenvolvimento no Brasil*. Campinas/SP: Editora da Unicamp, 2006.

\_\_\_\_\_. *Economia e política das finanças públicas no Brasil: um guia de leitura*. São Paulo: Hucitec, 2009.

OLIVEIRA, Francisco de. *Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita*. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

OLIVEIRA, Neilton Araújo de (et all). *Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um Debate Crucial no Contexto do Promed*. Revista Brasileira de Educação Médica. 32 (3) : 333–346; 2008.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines*, 1920. Publicación Científica No. 93, Febrero de 1964.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório Mundial de Saúde 2008 - Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca*. Disponível em: < <http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/> >.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. *Declaração de Alma-Ata*. Conferência Internacional sobre cuidados primários em saúde, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf> > Acesso em: 30 ago. 2010.

\_\_\_\_\_. *Renovação da Atenção Primária nas Américas*. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde. Washington: Pan-American Health Organization (PAHO/WHO), 2005.

\_\_\_\_\_. *A Atenção à Saúde Coordenada pela APS: Construindo as Redes de Atenção no SUS*. Contribuições para o debate. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Brasília: DF, 2010. Disponível em < <http://apsredes.org/site2012/serie-tecnica/> > Acesso em 15 jun. 2012.

- ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *Practising physicians (doctors)*, Health: Key Tables from OECD, No. 4. doi: 10.1787/doctors-table-2011-1-en, 2011. Disponível em < [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/practising-physicians-doctors-2011\\_doctors-table-2011-1-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/practising-physicians-doctors-2011_doctors-table-2011-1-en)>. Acesso em 10 jun 2012.
- PAIM, Jairnilson Silva. A reorganização das práticas de saúde em Distritos Sanitários. In: MENDES, Eugênio Vilaça. *Distrito Sanitário – o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Editora Hucitec, 1993.
- \_\_\_\_\_. *Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA, 2006.
- \_\_\_\_\_. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Orgs.) *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- PEREIRA, Potyara A. P. *Políticas Sociais, Temas e Questões*. São Paulo: Cortez, 2008.
- PEREIRA, Potyara A. P. & STEIN, Rosa. Política Social: universalidade versus focalização. Um olhar sobre a América Latina. In: BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine; SANTOS, Silvana; MIOTO, Regina Célia (Orgs.). *Capitalismo em crise, política social e direitos*. São Paulo: Cortez, 2010.
- PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001.
- PINTO, Luiz Felipe e SORANZ, Daniel Ricardo. *Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil*. Revista Ciência & Saúde Coletiva. 9 (1): 85 – 98, 2004.
- PRADO JÚNIOR, Caio. *Formação do Brasil Contemporâneo*. 23. ed. São Paulo: Brasiliense, 2008a.
- \_\_\_\_\_. *História Econômica do Brasil*. 50ª reimpr. 1ª ed. São Paulo: Brasiliense, 2008b.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Relatório do Desenvolvimento Humano 201. A Ascensão do Sul: Progresso Humano num Mundo Diversificado*. PNUD. Disponível em < <http://www.pnud.org.br/Noticia.aspx?id=3703> >. Acesso: 10 mai. 2013.
- RIZZOTO, Maria Lucia Frizon. *O Banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas/SP: 2000.
- RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- ROSEN, George. *Da Polícia Médica à Medicina Social*. São Paulo: Editora Graal, 1980.
- \_\_\_\_\_. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: Editora UNESP – Hucitec-ABRASCO, 1994.

SALVADOR, Evilasio. Reforma Tributária desmonta o financiamento das políticas sociais. INESC, Nota Técnica nº 140, abr. 2008. Disponível em: < <http://www.inesc.org.br/biblioteca/publicacoes/notas-tecnicas/nts-anteriores/nts-2008/NT.%20140%20-%20Reforma%20Tributaria%20Desmonta%20o%20Financiamento%20das%20Políticas%20Sociais.pdf> >. Acesso em: 10 abr. 2013.

SALVADOR, Evilasio. *Fundo público e seguridade social no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, Reginaldo. *A teoria das finanças públicas no contexto do capitalismo: uma discussão com os filósofos economistas: de Smith a Keynes*. São Paulo-Salvador: Edições Mandacaru CETEAD, 2001.

SERVO, Luciana M. Santos *et all*. Financiamento e gasto público de saúde: histórico. In: MELAMED, Clarice & PIOLA, Sérgio F. (Orgs.) *Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ipea, 2011.

SCHRAIBER, Lilia Blima. *Educação médica e capitalismo*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1989.

\_\_\_\_\_. Programação hoje: a força do debate. In: SCHRAIBER, Lilia Blima (Org.) *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Editora Hucitec, 1993a.

\_\_\_\_\_. *O médico e seu trabalho – limites da liberdade*. São Paulo: Editora Hucitec, 1993b.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes. *Modelos technoassistenciais em saúde – o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Editora Hucitec, 1998.

SINDICATO DOS MÉDICOS DO RIO DE JANEIRO. < <http://www.sinmedrj.org.br/2012/historia.html> > pesquisado em 20 de janeiro de 2013.

STARR, Paul. *La transformación social de la medicina em los Estados Unidos de América*. Traducción: Agustín Bárcena. México: Secretaría de Salud, Fondo de Cultura Económica, 1991.

STARFIELD, Barbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEIN, Rosa Helena. Configuração dos programas de transferência de renda na América Latina: focalização e condicionalidade. In: *Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas*. São Paulo: Cortez, 2008.

SWEEZY, Paul. *Teoria do Desenvolvimento Social Capitalista*. São Paulo, Ed. Abril Cultura, 1983.

- TEIXEIRA, Carmen Fontes. *A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços*. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 27 (65), p. 257-277, set/dez. 2003.
- TEIXEIRA, Carmen Fontes & PAIM, Jairnilson Silva. *A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior*. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 268-283, set./dez. 2005.
- TESTA, Mario. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- UGÁ, Maria Alicia Domínguez & SANTOS, Isabela Soares. *Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(8): 1597-1609, ago, 2006.
- VAZ, Flavio Tonelli. *A reforma tributária e os riscos para o financiamento da seguridade social*. In: MELAMED, Clarice & PIOLA, Sérgio Francisco. *Políticas Públicas e Financiamento Federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ipea, 2011.
- VIANA, Ana Luiza d'Ávila & FAUSTO, Márcia Cristina R. *Atenção básica e proteção social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência*. In: *Proteção social: dilemas e desafios*. VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al. (Orgs.). São Paulo: Hucitec, 2005.
- VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. *Reforma do Estado e Política Social: notas à margem do tema*. In: BRAVO, Maria Inês et al. (Orgs.). *Política de Saúde na Atual Conjuntura: Modelos de Gestão e Agenda para a Saúde*. Projeto Políticas Públicas de Saúde. Faculdade de Serviço Social/UERJ. ADUFRJ/Seção Sindica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Rede Sirius, 2008.
- VIANNA, Solon Magalhães. *A Seguridade Social, o Sistema Único de Saúde e a partilha dos recursos*. Rev. Saúde e Sociedade, v.1, n.1, p. 43-58, 1992.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Health Report 2008. Primary Health Care, now more than ever*. Geneve: WHO, 2008.
- \_\_\_\_\_. *WORLD HEALTH STATISTICS. Health Expenditure*. World Health Organization, 2011. 7. p. 127 – 134. France: WHO. ISBN 978 92 4 156419 9.