

econômica, política e social que regeram e vêm regendo a conformação desse sistema e seu impacto sobre o perfil das políticas de saúde no país. O segundo texto trata das principais características, igualmente das lógicas aí presentes, da organização dos serviços de saúde no Brasil, da distribuição desigual da rede de equipamentos públicos e privados de saúde, dos distintos públicos-alvo a que cada um dos segmentos que compõem o sistema de saúde se dirige, e das suas formas respectivas de gestão.

Esses dois textos, articulados, foram elaborados com vistas a servirem de material didático de apoio às disciplinas da área da Saúde Coletiva para fornecerem subsídios para a compreensão dos principais desafios que o setor da saúde no país vem enfrentando. Com esta finalidade em mente, os autores dialogam, na estruturação dos seus respectivos textos, com o debate que vem se travando no país, inspirado em grande parte pelo debate internacional, sobre a questão da saúde como responsabilidade do Estado e/ou do mercado em padrões distintos de relação entre Estado e sociedade.

Em consequência, ambos os textos procuram trazer subsídios para o debate atual no sentido de superar as dicotomias radicais que ainda estão nele presentes: Estado *versus* mercado; Estado *versus* sociedade; público *versus* privado; focalização *versus* universalização, dentre outros. Mas buscam trazer subsídios para a participação, sobretudo daqueles mais diretamente vinculados à área da saúde, na construção de um projeto para o setor — e para a sociedade — que permita a constituição de um sistema único de saúde com as características presentes na Constituição de 1988, e que cumpra o preceito constitucional da saúde como um direito de todos e um dever do Estado, tarefa que traz consigo um enorme desafio numa sociedade marcada por tão profundas desigualdades sociais.

Amélia Cohn

Paulo Eduardo M. Elias

in Cohn, A. e Elias, P.E.M.

saúde no Brasil. Políticas  
e Organização de serviços

São Paulo: Ed. Cortez - CEDEC, 1996.  
10

Pasta Nº 80

Nº de Fls 23 Nº Artigo 2  
Pula 7

I

## A SAÚDE NA PREVIDÊNCIA SOCIAL E NA SEGURIDADE SOCIAL: ANTIGOS ESTIGMAS E NOVOS DESAFIOS

Amélia Cohn\*

“INPS é marambança. Nem devia existir... Na hora de cobrar, não perguntam se a gente precisa ou não. E agora que a gente precisa, passa o maior sufoco... Ganho 40% do que ia recebê...”

(Depoimento de um acidentado do trabalho que teve seus dois braços amputados.)

Um dos maiores desafios para aqueles que procuram entender e explicar essa máquina gigantesca que é o sistema previdenciário brasileiro está em, passada a indignação, desvendar os mistérios da sua histórica ineficiência. Mais que isso, está em buscar entender os intrincados mecanismos por meio dos quais esse sistema ineficiente, no que diz respeito aos seus objetivos específicos, revela sua eficácia no conjunto da sociedade brasileira.

Longe de ser uma questão meramente acadêmica, ela está no cerne do debate que hoje se trava sobre a (re)construção e a consolidação da democracia no país e sobre a viabilidade de conciliar-se um regime democrático com as profundas desigualdades que marcam nossa sociedade.

### Heranças e paradoxos da Previdência Social brasileira

O país apresenta hoje um gigantesco e oneroso aparato institucional voltado para as políticas sociais, que tem como traços

\* Docente do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP e pesquisadora do CEDEC.



fundamentais a baixa eficiência e o caráter clientelístico, paternalista e não universalizante. Como agravante, além de sua inépcia, como o acesso da população carente e pobre a determinados bens e serviços essenciais, esse emaranhado dos programas sociais leva a um profundo descrédito quanto à competência do Estado no setor. Daí à defesa da privatização dos serviços a passagem é imediata, levando reforços valiosos às teses dos defensores do neoliberalismo, que têm como alvo “a falência” do Estado do bem-estar social, tal como eles o concebem.

Nesse sentido, ganha importância examinar a trajetória percorrida na montagem do aparato previdenciário brasileiro em busca da lógica que a regeu. Ademais, se a perversidade do modelo da Previdência Social que aí está nada fica a dever à perversidade e ao padrão altamente predatório de exploração da força de trabalho vigentes, o descrédito quanto à competência do Estado na área do seguro social não ocorre só entre os defensores radicais da empresa privada e do mercado, mas também entre os usuários, vítimas da própria Previdência Social, como bem atesta o depoimento em epígrafe.

Data de 1923 a instituição no Brasil, por iniciativa do poder central, das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), primeira modalidade de seguro para trabalhadores do setor privado. Registre-se, tão-somente, que o seguro de acidentes do trabalho já havia sido instituído em 1919. As CAPs, organizadas por empresas, por meio de um contrato compulsório e sob a forma contributiva, tinham como função a prestação de benefícios (pensões e aposentadorias) e a assistência médica a seus filiados e dependentes.

O decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, instituiu a criação das CAPs nas empresas de estradas de ferro, tendo sido posteriormente estendida às demais, exceto àquelas que tivessem menos de cinquenta empregados, para as quais a aplicação da lei era facultativa. Assim se refere Hermes P. Vieira<sup>1</sup> sobre a Lei Eloy Chaves:

Lei até certo ponto de defesa nacional, importantíssima para aqueles dias de inquietações constantes, porque decisiva em sua

1. Vieira, H.P. *Eloy Chaves precursor da Previdência no Brasil*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1978, p. 274.

influência pacificadora dos meios trabalhistas e mesmo na contenção das greves que em sua progressão vinham cada vez mais prejudicando o ritmo da produção do País... Mas, a par das garantias que proporcionava aos que se empregavam nas empresas ferroviárias, induzia-os a disciplinarem o seu comportamento e a se dedicarem mais firmemente às suas obrigações. Tirava-os, assim, habilmente, das áreas de agitação.

Data, então, da década de 20 a definição dos grandes traços que marcam até os dias de hoje o sistema previdenciário brasileiro. Dentre eles ganham destaque para os fins analíticos aqui propostos:

- a) instituição, por iniciativa do Estado, da implementação de um seguro social com caráter altamente controlador dos segmentos de trabalhadores dos setores essenciais à economia brasileira, tanto no sentido de disciplinar essa força de trabalho quanto no sentido de lhe assegurar formas mínimas de sobrevivência ante os acidentes e as consequências do esgotamento da sua capacidade para o trabalho;
- b) a forma tripartite de financiamento — empregadores, trabalhadores e Estado —, este último arrecadando recursos para tal fim a partir da criação de novos impostos. É exemplo disso o próprio decreto nº 4.682, que estabelece um aumento das tarifas da estrada de ferro de 1,5%. Uma vez que a contribuição dos empregadores sob a rubrica de encargos sociais é contabilizada no custo de produção e repassada para o preço final do produto ou serviço prestado, e que o Estado — historicamente devedor da Previdência Social —, ao instituir o seguro, institui igualmente que os recursos públicos não serão a ele destinados, é sobre o trabalhador que recai a responsabilidade e o ônus de arcar com o custeio desse seguro, por meio do desconto direto do salário e na condição de consumidor de bens e serviços;
- c) o acesso do trabalhador e seus dependentes à assistência médica na condição de filiado ao seguro social. No caso das CAPs, organizadas por empresas e portanto contando com um volume de recursos insuficiente para a construção de uma infra-estrutura de serviços médicos, estes passam



a ser por elas ofertados a partir da compra de serviços privados, sob a forma de credenciamento médico. Datam portanto dessa época as raízes da privatização da assistência médica no Brasil, sob a égide da política previdenciária instituída pelo Estado e sem ônus para os cofres públicos;

- d) o caráter assistencialista e não universalizante do seguro social, que na prática prevalece até hoje, elegendo como população-alvo os grupos de assalariados dos setores de maior peso econômico e politicamente mais mobilizados.

Em que pese o caráter controlador dessa política social, como forma de absorver em limites bastante estreitos os assalariados urbanos do setor privado, ao mesmo tempo em que os exclui da esfera pública de participação, ressalte-se que o sistema previdenciário então instituído vem responder a um longo processo de luta dos trabalhadores por melhores condições de vida e trabalho. Da mesma forma que os movimentos grevistas do início do século constituem testemunho dessa luta dos trabalhadores, não é sem motivo que a Lei Eloy Chaves, assim batizada pela tradição personalista de nossa cultura política, é tida como “sólida âncora da estabilidade social”<sup>2</sup>.

Apesar da resistência de alguns setores e da falta de fiscalização do Estado, as CAPs se multiplicaram rapidamente, sobretudo no Sudeste do país, à época núcleo dinâmico da economia brasileira e sede do poder. Não obstante, a partir de 1930, o sistema previdenciário brasileiro passa por profunda reformulação, numa conjuntura marcada por grave crise econômica mundial, que leva o país a buscar uma nova forma de inserção no mundo capitalista, e por graves tensões políticas e sociais internas, enquanto eram exatamente os setores assalariados que sofriam os efeitos das crises sucessivas da economia de exportação<sup>3</sup>.

Durante o período de 1933 a 1938 as CAPs são unificadas e absorvidas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões, que

2. Conforme Vieira, H. P., *op. cit.*, p. 273.

3. Furtado, C. *Formação econômica do Brasil*. Rio de Janeiro, Fundo de Cultura, 1961. parte V.

vão sendo sucessivamente criados, agora congregando os trabalhadores por categorias profissionais. Em 1933 é criado o IAPM (dos marítimos), em 1934 o IAPC (dos comerciários) e o IAPB (dos bancários), em 1936 o IAPI (dos industriários), que começa a funcionar somente em 1938, e nesse ano o IAPETC (dos trabalhadores em transportes e cargas).

A mudança não é apenas de sigla: os Institutos agora são de caráter nacional, segmentando os trabalhadores por inserção nos diferentes setores de atividade e se, tal como as CAPs, são juridicamente concebidos como entidades públicas autárquicas, delas se diferenciam pela presença direta do Estado na sua administração. Em ambos os modelos a administração pressupõe um colegiado, com participação de empregadores e empregados: mas enquanto nas CAPs o colegiado tinha poder deliberativo e não havia a presença do representante do Estado, nos IAPs a direção cabia a um funcionário executivo, assessorado por um colegiado paritário de representantes de empregadores e empregados, sem poder deliberativo. Esses representantes dos trabalhadores eram escolhidos a partir de uma relação elaborada por representantes daqueles sindicatos reconhecidos pelo Estado, exatamente por preencherem os requisitos legais, e aprovados pelo crivo do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, criado em 1930.

Essa nova estrutura previdenciária, implementada juntamente com a legislação trabalhista e sindical, formando o que alguns denominam “tripé”, institui um padrão verticalizado de relação do Estado com a sociedade civil e sacramenta o universo do trabalho como atinente à esfera de responsabilidade do Ministério do Trabalho.

Tomadas em seu conjunto essas novas formas de regulamentação da relação capital-trabalho, compreende-se o pleno significado da Previdência Social como, de um lado, atendimento a demandas históricas dos trabalhadores, e de outro, como instrumento de reconhecimento, por parte das classes dominantes, de determinados direitos sociais a alguns setores assalariados urbanos, atendidos sob a forma de concessão (e jamais como conquista). Wanderley Guilherme dos Santos, ao reconstituir esse mesmo processo, sugere como conceito-chave para o entendimento da



política econômico-social do pós-30 o de *cidadania regulada*, que traduz a associação, expressa nas normas previdenciárias, entre cidadania e ocupação: reconhecem-se como cidadãos somente aqueles que apresentam uma das ocupações reconhecidas e definidas por lei<sup>4</sup>. Mas é necessário que se ressalte que nesse mesmo período o Estado intensifica a repressão a demandas dos trabalhadores, e que mesmo a maior mobilização de algumas categorias profissionais não foi suficiente para imprimir sua marca ao modelo previdenciário que então se reformula. Tal como nas CAPs, o direito aos benefícios e prestações de serviços dos IAPs se constitui menos (ou quase nada) como função de sua condição de cidadão ou trabalhador, e sim do reconhecimento da sua situação ocupacional oficialmente legitimada e vinculada a uma obrigação contratual de caráter contributivo<sup>5</sup>.

Como resultado, permanecem da essência da estrutura previdenciária quando da criação das CAPs, agora transformada num enorme e confuso aparato institucional: benefícios e serviços diferenciados por categorias, instituições diferenciadas quanto à qualidade do funcionamento e alíquotas de contribuição diferenciadas.

No que diz respeito ao seu funcionamento, constata-se um retrocesso dos IAPs com relação às CAPs: a partir de então a contribuição dos empregadores, que era um percentual sobre o faturamento da empresa, passa a ser um percentual sobre a sua folha de salários, com o que a receita dos institutos torna-se função dos salários. Esse retrocesso só seria corrigido no atual texto constitucional, de 1988, que estabelece que a contribuição do empregadores incida sobre o faturamento, o lucro e a folha de salários (artigo 200, I), recuperando em certa medida o modelo das CAPs.

Mas, exatamente porque a receita dos IAPs é função dos salários, associada à experiência dos diferentes modelos previdenciários em todo o mundo sob ameaça constante da insuficiência de recursos diante da velocidade do crescimento da demanda, adota-se o regime de capitalização. Concebido para fazer frente

4. Santos, W.G. *Cidadania e justiça*. Rio de Janeiro, Campus, 1979. p. 74 e ss.

5. Mello, J.M.C. *O capitalismo tardio*. 4. ed., São Paulo, Brasiliense, 1986.

à crescente insuficiência da receita, esse regime considerava os recursos dos IAPs recursos de capital, de modo que cada patrimônio deveria expandir-se mediante investimentos criteriosos, quer pela aquisição de propriedades, quer pela participação em empresas estatais ou naquelas em que o Estado fosse o acionista majoritário. Explica-se, assim, o até hoje existente patrimônio imobiliário da Previdência Social; mas sobretudo fica evidente a drenagem de seus recursos para financiamento de empreendimentos econômicos estratégicos para a industrialização do país, dos quais constituem exemplos a Companhia Hidrelétrica do Vale do São Francisco, a Companhia Siderúrgica Nacional, a Petrobrás, e até a construção de Brasília, para não falar, nos anos mais recentes, estando o regime de capitalização já extinto desde a década de 60, de Itaipu.

Isso significa que essa política de Previdência Social rapidamente converteu-se num mecanismo de captação dos recursos dos trabalhadores — sob a forma de poupança forçada, representada pela alíquota de contribuição — para investimentos cuja orientação escapava inteiramente ao seu controle.

Significa, ainda, a vulnerabilidade do seguro social de segmentos das classes assalariadas aos interesses econômicos e políticos das classes dominantes, na razão inversa da sua capacidade de organização em defesa de seus interesses. Vale notar o contraste entre o IAPB e o IAPI. Os bancários, categoria relativamente diferenciada e historicamente com sindicatos mais atuantes e menos clientelísticos e peleguistas, contavam com benefícios que outros Institutos não contemplavam (estabilidade com dois anos de serviços, e aposentadoria com 25 anos de trabalho, por exemplo), e uma prestação de assistência médica bastante superior aos demais IAPs, enquanto os industriários, apesar de vinculados ao instituto mais moderno em termos organizacionais, viam os recursos do IAPI serem drenados, em volume muito maior, para investimentos em setores básicos da economia, ou alocados com fins clientelísticos e eleitoreiros.

Cristaliza-se, assim, o perfil da política previdenciária brasileira. Seus traços principais são a centralização (apesar da multiplicidade dos institutos — em 1953 foi acrescido o IAPFESP, congregando os trabalhadores de ferrovias e serviços públicos e



todas as CAPs ainda remanescentes), o burocratismo (monta-se um gigantesco aparato institucional, até porque se transforma progressivamente em cabide de empregos), a ineficiência (na medida em que progressivamente afasta-se de seus objetivos manifestos de seguro social e se transforma em poderoso instrumento econômico — para fins de acumulação — e político — para legitimação do poder instituído). Como resultado tem-se que a eficácia política da Previdência Social, por mais paradoxal que possa parecer, passa a residir exatamente na sua ineficiência, na medida direta da ausência do controle dos trabalhadores sobre essas instituições.

Embora essa estrutura assim permaneça até meados da década de 60, é a partir de 1946, com a democracia populista, que ela vai se transformar num poderoso instrumento de cooptação das classes assalariadas pelo poder instituído, ao mesmo tempo em que, com o processo de intensa mobilização e luta dos trabalhadores na busca de formas de organização não verticalizadas, transforma-se o controle da Previdência Social num importante elemento de reivindicação desses setores, que demandam o controle dos IAPS.

Politiza-se assim a questão previdenciária, numa disputa entre Estado e trabalhadores: enquanto aquele defende a permanência de suas características clientelísticas e resiste a qualquer forma de controle reivindicada pelos seus principais, e quase exclusivos, financiadores — os trabalhadores assalariados urbanos —, estes reivindicam, exatamente por a financiarem, o seu controle. São numerosos os casos de reuniões e encontros de trabalhadores em que o controle da Previdência Social é reivindicado, desde a sua gestão até a não-aceitação de médicos indicados pelos Institutos, e portanto pelo Estado, por serem estes, em tese, contrários aos seus interesses.

Com o ritmo acelerado da industrialização durante a década de 50, todo o sistema previdenciário cresce em volume de recursos, em aparato institucional, e em clientela a ser atendida. É de 1960 a Lei Orgânica da Previdência Social que propõe a uniformização dos benefícios prestados pelos Institutos (aposentadorias e pensões), quando também passa a ser assumida como parte inerente da Previdência Social a responsabilidade pela assistência médica individual aos seus beneficiários. Como se verá adiante, para a

questão da saúde foi nessa ocasião selada sua sorte privatizante e seu perfil cada vez mais distante das reais necessidades de saúde das classes assalariadas e da população em geral.

A LOPS é promulgada sob forte pressão dos trabalhadores, que passavam a exigir eficiência do sistema previdenciário, coisa impossível, dados seu perfil organizacional e sua lógica mais geral. Ela representa a plena maturação de um ciclo, destacando-se, dentre suas cicatrizes profundas enquanto seguro social, a reafirmação da reduzida participação dos trabalhadores na gerência e controle dos Institutos. Cristaliza-se, assim, o vínculo fundamental da Previdência Social com o processo de acumulação: a partir dos anos 60 ela perde gradualmente importância como fonte de recursos para investimentos em setores básicos da economia para servir mais ao controle da capacidade produtiva da força de trabalho empregada, tomando vulto no seu interior a assistência médica, demanda à época não prioritária das classes assalariadas.

O golpe militar de 1964, alijando trabalhadores e demais segmentos da sociedade civil do cenário político oficial e condenando-os à condição de resistência à força do Estado, implementa um projeto que data de 1945, e que se revelou inviável no período da democracia populista: a unificação da Previdência Social. Em 1966 cria-se o INPS.

A partir de então aprofunda-se o perfil assistencialista da Previdência Social brasileira, agora imune a qualquer forma de controle por parte das classes assalariadas, assumindo paulatinamente maior presença pública não mais os benefícios sob forma de prestação em dinheiro, mas a assistência médica. São agora os serviços médicos que passam a ganhar importância na barganha clientelista da política de favores, e não mais as aposentadorias e pensões, que contemplam todo um segmento de assalariados que, do ponto de vista da capacidade produtiva, foi sucateado pelo próprio sistema, e é impotente do ponto de vista da defesa de seus direitos básicos. Basta atentar-se para a expressão tão utilizada, também pelos próprios trabalhadores: “encostado na Caixa”.

Sem pretensão de esgotar esta caixa sem fundo de paradoxos em que se constituiu a Previdência Social brasileira, é importante destacar:



- a) enquanto desde 1917 o seguro de acidentes do trabalho é realizado pelo setor privado, a partir de 1966 ele passa a ser responsabilidade direta da Previdência Social. O que consiste num paradoxo, pois é a partir de então que a privatização da assistência médica previdenciária encontra seu maior impulso;
- b) a partir de meados da década de 60 os gastos do Estado na área social, aí incluída a Previdência Social (apesar da origem diversa de seus recursos, que continua a mesma da época dos IAPs), crescem substancialmente;
- c) apesar desse aumento dos gastos, as demandas sociais não atendidas crescem em ritmo acelerado, manifestando a ineficiência do próprio Estado;
- d) a clientela continua sendo basicamente o trabalhador do setor urbano, formalmente inserido no mercado de trabalho. Mas, dentre estes, são sobretudo aqueles segmentos vinculados aos setores de ponta, ou mais modernos da economia, os menos atingidos pela clivagem e diferenciação que a Previdência Social pratica com grande maestria. E nessa dinâmica de tratamento diferenciado (que está longe da bipolaridade bom/ruim mas sim pior/menos ruim) ganha destaque a assistência médica, tanto em termos de acesso quanto de qualidade técnica do atendimento e de hotelaria;
- e) ao mesmo tempo que se aprofundam as diferenciações de tratamento entre os vários segmentos da população previdenciária, avança-se num discurso universalizante da cobertura do seguro social. Em 1963 já havia sido criado o Fundo dos Trabalhadores Rurais, nunca implementado. Em 1971 é criado o PRORURAL, destinando-se fundos específicos para a manutenção do FUNRURAL, representando, formalmente, a extensão da Previdência Social aos trabalhadores rurais. Em 1977, com a reformulação do sistema previdenciário que institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social — SINPAS —, o FUNRURAL é extinto, apesar de se manter a sigla ainda por um longo período, dadas as pressões de parlamentares situacionistas vinculados ao setor rural.

Essa extensão da Previdência Social — até então fundamentalmente urbana — para trabalhadores do setor rural encontra obstáculos de mais variada natureza para a sua implementação, transformando-se numa política essencialmente clientelística. A novidade que apresenta, além do fato inédito da proposta de extensão de cobertura ao trabalhador rural, cabe à sua forma de financiamento, que tem como fonte um percentual sobre a primeira comercialização do produto pelo proprietário rural. O curioso é que à época da crise financeira do sistema previdenciário, que vem a público com todo o vigor em dezembro de 1979 e persiste nos dois anos seguintes, o exemplo do FUNRURAL como forma alternativa de financiamento (e que recorda o caso das CAPs na década de 20) é mobilizado por vários estudiosos do assunto, porém sem sucesso: a contribuição dos empregadores para a Previdência Social continua sendo uma função dos salários pagos e não um percentual sobre o faturamento da empresa. Avanços e retrocessos uma vez mais fazem um jogo de linha cruzada.

- f) o decorrer da década de 70 assiste a outras propostas universalizantes que *formalmente* progrediriam no sentido da formulação de um sistema de seguridade social. Grifa-se o termo acima para que se tenha claro que a existência de dispositivos legais que selem a cobertura a determinados grupos populacionais (acima de setenta anos, por exemplo) de fato esbarrariam na centralização, no burocratismo, no ritual dos papéis e carimbos, e no gigantismo da máquina, que acabam por restringir o real alcance dessas medidas. São exemplos de extensão de cobertura: a instituição de cobertura previdenciária para os maiores de 70 anos e inválidos que tenham em algum período contribuído para a Previdência Social ou exercido qualquer atividade a ela vinculada, mesmo sem terem contribuído para a Previdência Social; a concessão de benefícios aos trabalhadores rurais acidentados no trabalho; a inclusão do salário-maternidade, até então sob responsabilidade da empresa, dentre as prestações da Previdência Social; a extensão dos benefícios previdenciários às empregadas domésticas e trabalhadores autônomos, desde que contribuintes do sistema.



Note-se, no entanto, que a maior parte dessas medidas data da segunda metade da década de 70, quando a crise econômica pós-milagre brasileiro já se faz presente. É o período em que, ao custo social do milagre associa-se o custo social da crise, trilhando a Previdência Social os rumos da seguridade social, ao estender coberturas de natureza mais tipicamente assistencial a toda a população, seja ou não contribuinte do sistema previdenciário. Isso, em princípio, responderia à função do Estado, não fosse a situação peculiar de serem os trabalhadores, exatamente aqueles mais atingidos pelo milagre e pela crise, os grandes financiadores do sistema previdenciário. Por outro lado, como é conhecida a histórica vocação da União para estar sempre em débito com a Previdência Social, não honrando sua parte no contrato, bem como de significativa parcela dos empregadores estar também em débito ou retardar o repasse de recursos para a Previdência, tem-se, assim, a situação paradoxal de que exatamente nos momentos de crise, quando os trabalhadores mais necessitariam do seguro social (tanto da parte de benefícios quanto de assistência médica) constituem-se eles, uma vez mais, no principal financiador da tendência à universalização e da configuração desse seguro social em seguridade social.

Em 1974, dada a importância política que a Previdência Social assume no interior do regime militar como meio privilegiado de relação direta entre as massas trabalhadoras e o Estado<sup>6</sup>, e sobretudo pelo volume de recursos que arrecada por ser um dos primeiros orçamentos da União, é formado o Ministério da Previdência e Assistência Social. Mas é nesse ano também que o Brasil arrebatou o título de campeão mundial de acidentes do trabalho, problema logo resolvido, na sua dimensão numérica, por meio de mudanças na legislação acidentária. Até 1976 a Previdência Social arcava com todas as despesas dos acidentados a partir da data da ocorrência do acidente; desde então a responsabilidade da Previdência Social pelo acidentado passa a ser somente a partir do 16º dia de afastamento do trabalhador. Com isso, embora permaneça a obrigatoriedade da notificação pela

6. Andrade, Regis C. Política social e normalização institucional no Brasil, In: Maria, L. et al., *América Latina — novas estratégias de dominação*, São Paulo, Vozes/CEDEC, 1980.

empresa de todo e qualquer acidente de trabalho, como o seguro por ela pago é calculado sobre níveis de periculosidade, acidentes menores não são notificados. Com isso, consegue-se o milagre de num período de apenas oito anos (1975-1982) a ocorrência de acidentes do trabalho sofrer um redução da ordem de 40%<sup>7</sup>.

A instituição do SINPAS, em 1977, ao separar a parte de benefícios e de assistência médica (aquela passando agora a ser responsabilidade do antigo INPS, antes responsável por ambas, e esta passando agora a ser responsabilidade do recém-criado INAMPS) reconhece de fato a importância que a assistência médica previdenciária assume, como volume de recursos a ela destinado e como instrumento de barganha e de legitimidade política — até com traços que lembram a época populista. E fica igualmente selada a sorte dos pensionistas e aposentados ou dos que desses benefícios necessitam à parte não iluminada do cenário, submetidos à sorte implacável do raciocínio atuarial: aposentadorias e pensões constituem mais do que nunca questão de contabilidade e não de direito. Nesse sentido, o entrave do gigantismo burocrático e de leis casuísticas, como a acidentária acima referida, tornam-se eficientes para a economia dos recursos previdenciários ao retardar o pagamento dos benefícios. E é exatamente por essa via que se reafirma o sistema de proteção social brasileiro como um instrumento de poder clientelístico, paternalista e discricionário, envolvendo uma soma enorme de recursos que se esvaem na máquina burocrática, na política de favores, em investimentos eleitoreiros, seguindo, em suma, a tradição política nativa de apropriação privada da coisa pública.

Essa apropriação privada da coisa pública não reside somente na modalidade política de manipulação da Previdência Social como instrumento político, mas também na destinação de parcela significativa de seus recursos na compra de serviços privados. A assistência médica assim se capitalizou sem correr os riscos das leis do mercado, na medida em que este passa a ser garantido pelo próprio Estado, como se verá; já no caso da destinação de verbas para entidades privadas de assistência social, o investimento

7. Cohn, A. et al. *Acidentes do trabalho — uma forma de violência*, São Paulo, Brasiliense, 1985.



passa a ser de cunho quase exclusivamente político, em que a prestação de contas das entidades que recebem recursos é eminentemente burocrática, não sendo elas objeto de nenhuma fiscalização, o que pelo menos de certa forma ocorre, ainda que de maneira bastante fluida, com os serviços de saúde privados<sup>8</sup>.

O SINPAS, composto pelo INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), IAPAS (Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social), DATAPREV (Empresa de Processamentos de Dados da Previdência Social), LBA (Fundação Legião Brasileira de Assistência), FUNABEM (Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor) e a CEME (Central de Medicamentos) é surpreendido por vir a público, em 1979, por iniciativa da Secretaria do Planejamento — e não do próprio MPAS —, um enorme rombo financeiro da Previdência Social. Essa surpresa reside, é necessário que se esclareça, exatamente no trazer a público o déficit, pois este já vinha ocorrendo há anos, mas era de conhecimento exclusivo do governo<sup>9</sup>.

De qualquer forma, uma vez mais, num período de aguda crise econômica, vem à tona a fragilidade do suporte financeiro do SINPAS, em razão de o seu sistema de financiamento continuar sendo, fundamentalmente, uma função da massa salarial, tendo que atender o ritmo acelerado das demandas e a ganância do setor privado produtivo e da saúde, em particular. Diante desse quadro, as propostas formuladas para se enfrentar o déficit seguiram duas ordens de raciocínio bastante óbvias: ou se aumentar a receita ou se diminuir a despesa.

O aumento da receita, apesar da vigorosa reação empresarial, acabou sendo efetuado via aumento da alíquota de contribuição

8. Cohn, A., Draibe, S. e Karsch, U.S. Desafios atuais para a assistência social: a busca de alternativas. *Serviço Social e Sociedade*, ano VIII, abr. 1987, n. 23, p. 91-111.

9. As cifras do déficit variavam em 1981, de acordo com as diferentes autoridades, de 17 a 204 bilhões de cruzeiros antigos. Por outro lado, só no ano de 1981 a Previdência Social pagaria 13 bilhões de cruzeiros antigos de juros — o equivalente a 50% do orçamento do Ministério da Saúde — aos bancos particulares que arrecadavam as contribuições e pagavam os benefícios por contas distintas (a denominada dupla caixa). Entende-se porque o zelo em manter, até onde fosse possível, o conhecimento do déficit a círculos restritos.

de empregadores (10%) e empregados (de 8.5 a 10%), neste caso de forma escalonada de acordo com o salário-contribuição, acrescida de outras fontes de recursos como o aumento da alíquota de importação de alguns produtos considerados supérfluos, e a autorização para que o Tesouro emitisse títulos (ORTNs — Obrigações Reajustáveis do Tesouro Nacional) no valor do déficit da Previdência Social para com a rede bancária.

Aqui deve ser destacado, no entanto, que no conjunto de medidas adotadas *por decreto-lei*, pois o Legislativo também opunha resistências para aprovar um projeto tão impopular, constava a instituição da contribuição, também escalonada, sobre o valor dos benefícios das pensões e aposentadorias pagas! Essa medida, apesar de sua discutível constitucionalidade, vigorou durante certo tempo, sendo posteriormente revogada. O impacto desse desconto sobre o já reduzido valor dos benefícios não é apenas financeiro: reafirma e justifica a não credibilidade do Estado. O desconto sobre os benefícios, justificado pelo governo como um aporte para a cobertura dos gastos com assistência médica para esses beneficiários, nada mais pode significar senão mudança das regras do jogo, pois como contribuintes o contrato era um, e como beneficiários passa a ser outro.

Nos anos mais recentes acentua-se a característica do padrão de financiamento das políticas sociais instaurado durante o regime militar, e que consiste no esforço de diversificação de suas fontes à medida que os recursos tributários são desviados do gasto social: na década de 70 é criado o FAS (Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social) e na de 80 o FINSOCIAL (Fundo de Investimento Social). Não obstante, a distribuição desses recursos, sendo da competência exclusiva do Executivo, compõe um quadro confuso de sua destinação, reforçado pela superposição de programas e clientela na área social. Por outro lado, exatamente por ser um quadro obscuro, esses mesmos programas tornam-se extremamente vulneráveis à busca de contenções de seu orçamento, diante da ausência de qualquer mecanismo de controle público. Em 1985, por exemplo, o FAS destinou 6% do total de seus recursos ao MPAS enquanto outros 44,7% foram utilizados pela SEPLAN (Secretaria do Planejamento) na área social, sem qualquer



identificação dos programas contemplados<sup>10</sup>. Para 1989, os recursos do FINSOCIAL já estavam, na sua maior parte, comprometidos com benefícios já instituídos, não comportando o financiamento de qualquer tipo de extensão dos mesmos. E para se ter uma idéia da dimensão de recursos envolvidos, o orçamento do MPAS em 1988 era da ordem de 6% do PIB!

A reconstituição feita até o momento compõe, em traços gerais, a herança legada à nova fase da vida política e social do país — a da construção de uma sociedade democrática — impondo o desafio, num país em que os 50% mais pobres detêm parcela menor do PIB do que os 5% mais ricos e em que a razão entre a renda do 1% mais rico e a dos 40% mais pobres é de 2,012, de buscar reverter a lógica que vem regendo a política de proteção social no Brasil. Até o momento, mais do que reproduzir a desigualdade, a Previdência Social, a partir de 1988 integrando o sistema de seguridade social, acaba por acentuá-la, na medida exata em que para grande parcela dos assalariados de baixa renda, maior contingente de contribuintes, ela acaba por se configurar como algo de difícil acesso na doença e na velhice:

a) porque o contribuinte com renda familiar de até um salário mínimo, por exemplo, apresenta uma esperança de vida ao nascer de 57,5 anos, enquanto a esperança média do brasileiro ao nascer é de 65,5 anos. Mas, além da variação por renda, esse índice apresenta também disparidades regionais: enquanto no Sudeste ele é de 68,7 anos, no Nordeste ele é de 64,2 anos<sup>11</sup>. Por outro lado, de maneira geral o brasileiro ingressa no mercado de trabalho muito precocemente, e se rapidamente é absorvido pelo mercado formal, estará condenado a contribuir durante um período bastante superior ao dos 35 anos de trabalho, tempo mínimo para aposentadoria com salário-benefícios. Em termos contábeis sua contribuição compensa, em certa medida, os benefícios pagos para aqueles que não contribuem, por não estarem no mercado formal de trabalho,

10. Cohn, A., Draibe, S. e Karsch, U.S., *op. cit.*, p. 101.

11. IBGE, Diretoria de Pesquisas, Departamento de População. Dados relativos a 1990.

mas que têm direito aos benefícios, configurando uma situação em que na socialização do financiamento dos encargos e responsabilidades sociais do Estado o maior ônus acaba recaindo uma vez mais sobre os contribuintes de baixa renda, que correspondem à sua maior parte.

- b) porque um destino certo de grande parcela dos recursos arrecadados é ser consumido pela máquina administrativa gigantesca, cuja racionalidade é o burocratismo, que ao gasto irracional e irresponsável associa a contenção da demanda pela demora das tramitações. Num levantamento realizado pelo governo, dentre os órgãos federais que apresentam o maior número de funcionários com várias fontes salariais do setor público federal, o INAMPS já em 1989 ocupava o primeiro lugar (*Folha de S. Paulo*, 01/04/1989, em que pese a ironia da data), exemplo da herança histórica de a Previdência Social vir se constituindo no país como um setor de destaque no conjunto das políticas públicas com seu padrão clientelístico de atuação, sobretudo pelo volume de recursos que arrecada;
- c) porque outro destino dos recursos é seu desvio para investimentos em outros setores da economia, de difícil controle, dada a impermeabilidade do sistema previdenciário ao controle público de qualquer natureza, em particular de seus principais financiadores e interessados, os setores assalariados.
- d) pelo predomínio das considerações atuariais sobre as considerações sociais: a lógica da cobertura, bem como da sua extensão e diversificação no processo de constituição de um sistema de proteção social, acaba sendo concebida em termos de limites orçamentários, o que leva ao paradoxo da extensão de benefícios com contenção de despesas, e não essa extensão norteadas pela concepção da responsabilidade do Estado, e portanto como prioridade na formulação de um novo padrão de gestão da coisa pública;
- e) pela suspeição que recai sobre o beneficiário de sempre buscar benefícios previdenciários por meio da simulação. Exemplos não faltam: são freqüentes e recorrentes as



suspeitas de que o trabalhador simula doenças para “encostar na Caixa” (receber benefícios por doença); da mesma forma, quando acidentado no trajeto para o trabalho, o trabalhador enfrenta enormes dificuldades em caracterizar o acidente como acidente do trabalho, como prevê a legislação; a concepção de que o pagamento da aposentadoria integral pode levar a um incentivo à aposentadoria precoce, pois acaba sendo maior que o salário do trabalhador na ativa por sobre ela não incidir descontos; o ônus de caber ao previdenciário e não à Previdência apresentar uma lista infindável de comprovantes para poder fazer jus ao benefício, dentre outros;

- f) porque os gastos da Previdência Social são onerados pela impunidade dos empregadores, que submetem seus empregados a condições inseguras e insalubres de trabalho, e pelas precárias condições de vida a que grande parcela da população está submetida. Por essa via, de direito a um benefício contratualmente assegurado, a Previdência Social vai transformando-se uma vez mais em mecanismo de reprodução da carência e estigmatização da clientela;
- g) pelo padrão casuístico de atuação que sua trajetória revela, dado seu alto grau de centralização, sob controle do Executivo, que no geral encontra no Legislativo um forte aliado na sua implementação marcada por fins clientelísticos e eleitoreiros, favorecidos pela fragilidade, diversidade e pequena capacidade de pressão de grande parcela dos beneficiários, associada à orientação da atuação sindical nas últimas décadas, voltada para outras prioridades definidas por necessidades mais urgentes.

#### Os avanços da nova Constituição: condição suficiente?

A nova Carta constitucional, de 1988, apresenta significativos avanços no tocante ao sistema de proteção social: nela estão presentes a *universalidade* do direito aos benefícios previdenciários a todos os cidadãos, contribuintes ou não do sistema, a *equidade* ao acesso e na forma de participação no custeio, a *uniformidade*

e *equivalência* dos benefícios e serviços, a *irredutibilidade* do valor dos benefícios, a *diversidade* da sua base de financiamento, e a gestão administrativa *descentralizada*, com participação da comunidade.

Assim, o atual texto constitucional sela não mais um sistema de seguro social, mas de seguridade social, constituído por um conjunto integrado de ações assegurando os direitos relativos à Saúde, Assistência e Previdência Social.

Quanto à *base de financiamento* desse sistema, ela inova ao recuperar, de certa forma, o velho modelo das CAPs: os empregadores passam a ter a sua contribuição calculada sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro, e os empregados, sobre o salário; outra fonte de recursos prevista consiste no orçamento da União, Estados, Municípios, Territórios e Distrito Federal, além do percentual sobre a receita de concursos de prognósticos. Fica assegurado que nenhum benefício poderá ser inferior ao salário mínimo, e que seu reajuste deve coincidir com o reajuste do salário dos trabalhadores ativos. Estipula, ainda, que nenhum benefício ou serviço poderá ser criado ou estendido sem correspondente fonte de custeio total, cabendo portanto à lei instituir outras fontes.

Essas propostas representam uma mudança radical no quadro do sistema de proteção social brasileiro. Implementá-las, portanto, significa enfrentar o peso da tradição criada em todo o processo de sua montagem, exigindo maior racionalidade e agilidade do seu aparato institucional.

Para tanto, algumas questões ganham relevo:

- a) resgatar a credibilidade da máquina previdenciária, tarefa nada simples dado o estigma criado e não destituído de fundamento. Isso implica criar mecanismos de representação dos diferentes segmentos sociais na sua gestão e tornar efetivo o controle público sobre a seguridade social;
- b) conseqüentemente, reformular a gestão da seguridade social, recuperando a participação de empregadores e assalariados, urbanos e rurais, nos órgãos decisórios, com poder deliberativo e não meramente consultivo;



- c) promover, após amplo debate, mudanças no rol e nos critérios de concessão de benefícios, dentre eles ganhando destaque as idades mínima e máxima para a aposentadoria. Numa sociedade marcada por tão profundas diferenças e disparidades sociais, a começar pelas salariais, é de se perguntar, por exemplo, se a diferenciação por faixas salariais de limites de idade para aposentadoria não estaria mais próxima do princípio da equidade do que a vinculação da aposentadoria integral, por exemplo, por tempo de serviço à idade mínima de 65 anos para os homens e 60 para as mulheres, excluídos os trabalhadores rurais e aqueles vinculados a atividades em regime de economia familiar, como acontece hoje;
- d) no que diz respeito aos acidentes e doenças de trabalho, juntamente com o Ministério do Trabalho e o da Saúde, exercer rigorosa fiscalização das condições de trabalho, devendo o empregador, entendido não como "o patrimônio empresarial, anônimo e impessoal", mas como responsável direto e individual, "identificado na pessoa dos representantes do empregador nas CIPAs ou, na sua falta, na pessoa do empresário individual, ou dos diretores e sócios-gerentes" arcar com o pagamento punitivo e ser julgado pela Justiça criminal<sup>12</sup>.

Por outro lado, penalizar responsáveis, conceder benefícios, prestar assistência médica e de reabilitação às vítimas é agir sobre o efeito do acidente, sendo necessário que se combata com rigor sua causa: promover a constituição das CIPAs; assegurar a estabilidade dos cipeiros por doze meses após o término do seu mandato; penalizar fortemente as empresas que não têm CIPAs ou quando estas são fantasmas, ou que desobedeçam a garantia de emprego dos acidentados que possam voltar ao exercício do trabalho; e fiscalizar o cumprimento da notificação por parte da empresa do acidente do trabalho constituem exemplos de algumas tarefas urgentes e essenciais.

12. Comparato, F.K. Anexo Anteprojeto de Lei (CLT) e Anteprojeto de Código Penal. In: Cohn, A. et al. *Acidentes do trabalho — uma forma de violência*, op. cit.

Complementarmente, impõem-se medidas para que as doenças do trabalho realmente existentes constem da relação das doenças reconhecidas como tal, também no trabalho rural, com garantias de assistência médica e serviços de reabilitação profissional eficazes.

- e) mais um aspecto merece atenção: a participação do setor privado, de caráter filantrópico ou lucrativo, na prestação de serviços. Devem-se criar novos mecanismos de controle do setor privado para subordiná-lo efetivamente ao interesse público. Isso significa que, sendo da responsabilidade do Estado, deve-se distinguir entre o público e o estatal; isto é, que independentemente de serem esses serviços realizados por instituições estatais e/ou privadas (lucrativas e filantrópicas) o seu controle deve ser orientado pela lógica do interesse público e não do interesse privado, como ocorre na atual situação;
- f) muito embora o atual texto constitucional discrimine as fontes de financiamento do sistema de seguridade social, elas não constituem uma fonte estável de recursos, tornando-se necessário reverter essa situação, vinculando-a inclusive ao orçamento fiscal. Isso porque, como as atuais fontes de financiamento estão estreitamente vinculadas aos ciclos da economia e às distintas conjunturas econômicas, e como a seguridade social compreende Previdência (pensões e aposentadorias), Saúde e Assistência Social, estas duas últimas acabam por se revelar mais vulneráveis sempre que haja menor disponibilidade dos recursos de "caixa" do sistema.

Por outro lado, a tão propalada e polêmica "reforma da Previdência Social", no geral discutida em termos da restrição de benefícios e da privatização do seguro de aposentadorias e pensões, deve necessariamente abarcar a lógica do seu financiamento. Isso significa pensar um sistema de contribuição compulsória progressiva para que essa política de seguro social assumira um caráter de redistribuição verticalizada, e não horizontalizada como é hoje (dos ativos para os inativos), denominada sistema de repartição simples.



Pelo exposto até o momento, tem-se como implicação imediata dessas considerações que: se de um lado a cobertura de benefícios e serviços previstos pela seguridade social implica uma elevação dos custos de seu financiamento, e não se podendo perder de vista os limites da receita-despesa, por outro lado não se pode transformar a lei atuarial em absoluta. Vale dizer que não se pode permitir que a lógica do raciocínio contábil entre receita e despesa impeça a universalização dos mínimos direitos sociais numa sociedade tão acentuadamente diferenciada como a nossa, rendendo-se precipitadamente à conclusão da inviabilidade da realização dos preceitos constitucionais por insuficiência dos recursos públicos. O problema fundamental não é a escassez de recursos: em meados da década de 80 o país destinava à área social o equivalente a 18,3% do PIB<sup>13</sup>. O problema está em que o país gasta muito e mal esses recursos, implementando políticas sociais estanques entre si, com conseqüente superposição de clientela entre elas, com o gigantismo da máquina estatal, e com interesses de toda ordem que permeiam a definição e implementação dessas políticas.

O desafio consiste, pois, em reverter esse quadro em que à seguridade social se destina o papel de “buraco negro” — onde tudo cabe e nada aparece — do custo social do padrão de acumulação capitalista do Brasil, sem ligação real com outras políticas públicas, buscando a articulação com os outros setores relevantes das políticas sociais e a reformulação do uso e distribuição dos recursos com vistas à equidade e à universalidade do acesso aos direitos sociais.

Sem dúvida, assim entendidas as políticas públicas, a seguridade social ganha destaque, no interior desse conjunto, pelo volume de recursos envolvidos e pela forma como, por meio dela, foi-se estruturando o sistema de saúde no Brasil, como se verá a seguir.

### Do direito à assistência médica ao direito à saúde

Os indicadores de saúde do país compõem uma realidade alarmante, produto do modelo de desenvolvimento excludente que

13. Draibe, S.M. *O Welfare State no Brasil: Características e Perspectivas*. XII Encontro Anual da ANPOCS, 1988 São Paulo, mimeo, p. 27.

prevalece no Brasil e tradução da ineficiência das políticas públicas no setor, que vêm acompanhando o padrão das demais.

De fato, o quadro sanitário brasileiro não dá margem a otimismo, além de permitir resvalar para o perigoso argumento da incapacidade e mesmo incompetência intrínseca do Estado para enfrentá-lo de modo eficiente: em 1985 a malária atingiu cerca de 400 mil brasileiros, e cerca de 580 mil em 1992; o parasita da doença de Chagas infecta a população de 16 estados, sendo que cerca de 20 milhões de pessoas estão expostas ao risco do contato com o barbeiro, 6 milhões de pessoas são portadoras de esquistossomose, sem se mencionar a tendência ascendente da incidência de hanseníase, poliomielite e difteria, entre outras doenças. Tomado o período de 1980-1991, em seu conjunto, a taxa de incidência da hanseníase aumentou cerca de 51% no período (em parte podendo evidenciar uma melhoria do próprio programa de controle da doença), e a de leishmaniose tegumentar apresentou um aumento de cerca de 300%. Registre-se ainda que a região metropolitana de São Paulo conviveu com uma epidemia de meningite entre os anos de 1971 e 1976, e que só em 1986 a cidade do Rio de Janeiro apresentou 500 mil casos de dengue<sup>14</sup>.

Se os dados absolutos já são alarmantes, há que se atentar para o fato de que eles não se distribuem igualmente por toda a população brasileira. O coeficiente de mortalidade infantil, um dos indicadores mais sensíveis para apontar essa relação entre nível de vida e saúde, em 1980 apontava a seguinte diferença, tomadas somente as capitais: São Paulo — 53,9/mil n.v., Recife 83,6/mil n.v., Porto Alegre 36,3/mil n.v., Manaus 77,2/mil n.v.<sup>15</sup>. Dados do mesmo ano relativos a renda familiar e esperança de vida ao nascer e probabilidade de morte antes de completar um ano de vida<sup>16</sup> reafirmam essa estreita correlação entre saúde e

14. Projeto Radis *Súmula*, n. 14, ano IV, jun. 1986; Barata, Rita C.B. *Meningite: uma doença sob censura*. São Paulo, Cortez, 1988; *Folha de S. Paulo*, 10 out. 88, p. 2.

15. FIBGE — *Tabulações Avançadas do Censo Demográfico/Brasil — 1980*; Ministério da Saúde — *Estatísticas de Mortalidade/Brasil-1980*. n.v.=nascidos vivos.

16. IBGE — *Indicadores Sociais. Tabelas Seleccionadas*, v. 2, 1984, Rio de Janeiro, 1985. In: Jaguaribe, H.(org.). *Brasil 2000*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.



nível de vida ou, tomados pelo justo ângulo, demonstram a lógica perversa da distribuição social da doença:

- até 1/4 salário mínimo: 57,3 — esperança de vida ao nascer e 98,7 — probabilidade de morte antes de completar um ano (0/00);
- mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo: 58,5 e 94,1, respectivamente;
- mais de 1/2 a 1 salário mínimo: 60,1 e 88,0, respectivamente;
- mais de 1 salário mínimo: 61,8 e 81,5, respectivamente;
- todos os níveis de renda: 60,1 e 87,9, respectivamente.

Dados mais recentes reafirmam essa tendência de desigualdade: em 1990 a esperança de vida média do brasileiro ao nascer era de 65,49 anos. Embora isso signifique que durante de década de 80 houve um ganho médio de 3,51 anos, uma vez que em 1980 a esperança média de vida no Brasil era de 61,98 anos, continua a se observar uma acentuada diferenciação por regiões do país: enquanto no Nordeste a esperança de vida ao nascer é de 64,22 anos, na região Sul ela é de 68,68 e na Sudeste, de 67,53 anos.

Esse mesmo fenômeno continua ocorrendo com relação à renda: cálculos realizados a partir de dados de 1984 demonstram que, dentre o grupo que ganhava até um salário mínimo, a esperança de vida ao nascer era de 57,5 anos, enquanto dentre aqueles que percebiam mais de cinco salários mínimos ela se elevava para 73,4 anos.

No que diz respeito à mortalidade infantil, essas mesmas disparidades são encontradas: embora tomada a população em seu conjunto a taxa de mortalidade infantil tenha apresentado um significativo decréscimo no decorrer da década de 80 (de 65,8 por mil nascidos vivos em 1980 para 51,6 em 1990), enquanto na região Sudeste ela é de 26,7 por mil, na região Nordeste ela é de 88,2 por mil, segundo dados relativos ao ano de 1990.

É, portanto, do ângulo da distribuição social da doença que se encontra explicação para a associação entre as profundas desigualdades regionais de nosso país e as diferenças nos padrões

de morbi-mortalidade que as caracterizam. E se quanto mais precárias as condições de vida maior a curva de morbi-mortalidade, inversamente se comporta a distribuição dos recursos médico-hospitalares (públicos e privados) que tendem a se encontrar exatamente nas áreas mais desenvolvidas. O sanitarista Carlos Gentile de Mello já apontava, na década de 70, que a distribuição geográfica dos médicos evidenciava estreita correlação com a presença de bancos nos núcleos urbanos.

Por outro lado, como ilustra o caso da doença de Chagas, não se pode desconhecer as diferenças do padrão de morbi-mortalidade associadas desde a condições climáticas e distribuição urbana-rural da população até a organização da produção agrária e industrial, que se encontram refletidas na distribuição de renda, embora nela não se esgotem, haja vista as doenças profissionais e do trabalho, ou os problemas de saúde associados ao meio ambiente.

Se o conjunto desses fatores permitia, até a década de 70, classificar o quadro epidemiológico do país a partir da matriz "endemias tipicamente rurais e endemias tipicamente urbanas" ou "endemias das áreas pobres e endemias das áreas desenvolvidas", de lá para cá essa distinção se torna inoperante. É que, dadas as características do modelo econômico, sobretudo das últimas décadas, ocorreu um processo de "socialização da doença" no país, evidenciado pela instalação, nos núcleos urbanos, de focos de endemias tipicamente rurais<sup>17</sup>.

Por outro lado, se o acelerado processo de urbanização e crescimento do parque industrial produziram acentuadas mudanças no quadro sanitário brasileiro, fazendo surgir questões relacionadas à qualidade de vida urbana e às doenças ocupacionais e do trabalho, o maior acesso de alguns setores da população aos serviços públicos estreitamente relacionados à saúde, como é o caso do saneamento, e a serviços médicos (públicos e privados) possibilitou a queda de alguns indicadores de saúde. Uma vez mais o caso da mortalidade infantil na região metropolitana é significativo. A taxa de mortalidade infantil na região metropolitana de São Paulo, de 85,4 em 1971, cai para 79,2 em 1975; 50,6

17. Projeto Radis, *Símula*, n. 14, ano IV, jun. 1986.



em 1980 e 48,4 em 1984 (Fonte: SEADE). Mas esses dados, mesmo apresentando uma curva descendente, resistindo até a períodos de crise econômica (como o biênio 81/82), ainda estão muito distantes dos apresentados pelos países desenvolvidos. E quando comparados, tendo em mente que se trata da capital do estado mais rico da nação, a magnitude dessa diferença aponta para a ordem de prioridades que a saúde demanda: em 1984, tomado só o município de São Paulo, a uma taxa de mortalidade infantil de 48,4/mil n.v. contrapõe-se 10,5 para os Estados Unidos, 6,4 para a Suécia e 5,5 para o Japão, sempre em termos nacionais. E, para o ano de 1990, aos 23,8 do município de São Paulo contrapõe-se 8,1 para a Inglaterra e País de Gales.

Se hoje ainda se assiste ao aumento da incidência de doenças passíveis de controle e à ampliação de sua distribuição, passando a atingir novas áreas geográficas e novos grupos sociais, assiste-se igualmente à presença, progressivamente mais significativa no interior do perfil de morbi-mortalidade, de morbidades que poderiam ser caracterizadas como típicas do setor urbano, desenvolvido, tais como doenças do aparelho circulatório e neoplasmas. Em 1983, a mortalidade proporcional segundo as principais causas atribuída às doenças do aparelho circulatório o maior valor (30,6%), sendo que as doenças infecciosas e parasitárias (12,2%) superavam por estreita margem os neoplasmas (10,2%), enquanto todas as demais causas atingiam 14,6%. Chamam a atenção as causas externas, responsáveis por 13,2% da mortalidade proporcional por grupos de causas, o que realça a questão da violência — homicídios e acidentes de trânsito<sup>18</sup>.

Atualmente, enquanto as doenças do aparelho circulatório continuam sendo a principal causa de mortalidade no país, assumem o segundo lugar as neoplasias, seguidas das doenças do aparelho respiratório, das causas externas (excluídos homicídios e suicídios), das doenças do aparelho digestivo e das complicações na gravidez e no parto.

Assim, do ponto de vista do quadro sanitário do país, evidencia-se um fenômeno que vem sendo denominado “transição

18. Ministério da Saúde, *Estatística de Mortalidade*, Brasil, 1983. A distribuição desses valores por região varia de acordo com o perfil sócio-econômico de cada uma delas, obedecendo o mesmo padrão até o momento apontado.

epidemiológica”. Em que pese a controvérsia no seio dos epidemiologistas em torno dessa denominação, ela visa traduzir a convivência de doenças infantis e infecto-contagiosas com doenças crônicas e degenerativas, às quais se somam as mortes por causas externas, variando a ordem da incidência de cada uma delas não só em termos regionais, mas sobretudo em termos da variável renda, que tem aí um peso decisivo.

E se onde a pobreza é mais presente é maior a mortalidade por doenças típicas dessa situação social, ocorrendo o contrário nas áreas mais ricas do país, o fato é que essa convivência de doenças típicas da pobreza e da riqueza, com distintas e inúmeras combinações segundo as realidades sociais do país, faz com que não bastem medidas tipicamente preventivas, de caráter coletivo, exigindo também ações de atenção médica de alta complexidade tecnológica.

Em conseqüência, essa realidade torna superados, por dela não darem conta, não só os preceitos clássicos da Saúde Pública para diagnosticar áreas endêmicas e áreas saneadas, como também o modelo de organização dos serviços de saúde em vigor. Esse modelo não poderá mais ser concebido em termos da dicotomia que opõe medidas de caráter coletivo ao serviço de atenção médica individual, devendo referir-se ao conjunto das medidas do setor de saúde entendido de maneira integrada, e não fragmentado num somatório de programas e ações pulverizado por inúmeras instituições impermeáveis entre si.

Não bastasse o argumento da racionalidade e da necessidade de otimizar os recursos do setor, as evidências da experiência da história da saúde no Brasil recomendam urgência na inversão dos seus rumos. A experiência mostra que medidas da área da Saúde Pública, traduzidas em campanhas ou programas de controle de doenças, ao terem como alvo endemias prevalentes em determinados grupos sociais, no geral excluídos do processo produtivo, acabam bastante comprometidas, quer pela descontinuidade da ação, quer pela falta de recursos, ou ainda pela mobilidade geográfica da população. É sabida e reiterada a crescente pauperização do Ministério da Saúde na repartição do orçamento geral da União: durante a década de 70 e até meados da de 80 foram destinados ao Ministério da Saúde recursos sempre inferiores



a 2% da despesa geral da União. Em que pese o fato de durante os anos de 1987 a 1990 os gastos federais com Saúde sofrerem um ligeiro aumento, para declinarem nos anos seguintes, constata-se que eles permanecem distantes da metade do percentual do gasto com saúde de diversos países europeus.

Apesar de tudo, registraram-se alguns sucessos. Erradicou-se a varíola e a poliomielite, houve acentuada redução da incidência da raiva humana e da mortalidade por tuberculose, por exemplo. Não obstante, isso não significa impacto significativo até mesmo sobre aqueles grupos sociais que apresentavam maior incidência dessas doenças, na medida em que

esses sucessos parciais resultaram em aumento permanente da vulnerabilidade dos grupos populares das áreas trabalhadas, já que persistiam condições adequadas à transmissão, e a mobilidade populacional assegurava a propagação de parasitas por todo o país<sup>19</sup>.

Dai o recrudescimento, nas décadas de 80 e 90, de antigos problemas como a malária, a hanseníase, a difteria, a esquistossomose e a tuberculose, mesmo em áreas que já foram objeto de atuação da vigilância epidemiológica.

Se tal fato decorre, dentre outros fatores, da concepção estreita e biologizante que predomina na definição das políticas de saúde, que acabam, em consequência, por ver solapadas suas iniciativas pelas reais condições de vida desses segmentos sociais, o inverso também é verdadeiro: exatamente por serem segmentos sociais mais vulneráveis, a ineficiência dessas políticas dificilmente acaba por vir a público.

E não há como deixar de apontar um fator básico, que reduz os pobres com suas "doenças da pobreza" à condição de população-alvo de atividades programáticas descontínuas e ritualizadas de combate às endemias: na tradição assistencialista e clientelística das políticas sociais do país, se efetivamente essas medidas de caráter eminentemente preventivo fossem eficientes, teriam de pagar o ônus de sua invisibilidade política. Com efeito,

19. Sabroza, P. e Almeida, C.M. Análise de Conjuntura, *Súmula*, Radis, n. 14, ano IV, jun. 1986.

como beneficiar-se com dividendos políticos, dada a pesada carga de nossas tradições político-clientelísticas, se endemias não assumem publicamente um caráter de questão social? Recorde-se a epidemia de meningite em São Paulo nos anos de 1974-1975, que só foi contemplada pela atenção do Estado quando seus limites extrapolaram a periferia da cidade e começaram a atingir as áreas intermediárias e central do município. E para não ficar tão longe no tempo, apenas em 1988 foram registrados 566.484 casos de malária no país, vitimando 10 mil pessoas. Desse total 98% localizam-se na Amazônia, e parte da explicação é atribuída pelos especialistas em doenças infecciosas e parasitárias ao processo de colonização desordenada na região em função dos garimpos e da construção de hidrelétricas<sup>20</sup>.

O confronto desses dados com os disponíveis sobre AIDS revela que no período 1982-1988 a síndrome de imunodeficiência adquirida vitimou um número de pessoas inferior a 1/3 do total de óbitos causados pela malária só no decorrer do ano de 1988. Fica o exemplo tão-somente como registro dos contrastes extremos que a atual ordem das coisas na área da saúde contempla, com implicações evidentes no tocante à definição de recursos e prioridades.

Não é de causar espanto, portanto, a ausência quase absoluta do tratamento odontológico como parte do cuidado à saúde, e as razões disso não devem residir somente no custo extremamente elevado do cuidado odontológico, no geral reduzido à fluoretação da rede de água em núcleos urbanos de certo porte, mas também na concepção restrita de saúde que vem norteando até o momento a formulação das políticas do setor. Quando se constata que em meados da década de 70 o Brasil é o país que apresenta o maior índice de prevalência média de cáries na faixa etária de 20 a 25 anos, e que em meados da década de 80, em média, o brasileiro com menos de 30 anos já perdeu 30% dos dentes, tendo aproximadamente 20% dos restantes cariados, necessitando de tratamento<sup>21</sup>, configura-se uma outra dimensão do traço autoritário e opressivo de nossa sociedade.

20. In: *Veja*, 22 fev.1989. Fonte: Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), Ministério da Saúde.

21. *Diesat. Trabalho e Saúde*, jan/mar. de 1984, ano IV, n. 1.



Esse quadro tão diversificado — em que a esperança de vida ao nascer para o Brasil em seu conjunto é de 65,6 anos (variando no entanto de 51,5 para o grupo mais pobre da região Nordeste a 75 anos para o grupo mais rico da região Sudeste), em que ao lado das doenças do aparelho circulatório como principal causa da mortalidade em todas as regiões aparecem as doenças transmissíveis apresentando uma curva ascendente nos últimos anos, e em que o coeficiente de mortalidade infantil depois de voltar a apresentar uma tendência ao aumento (de 65,8 em 1982 passa para 68,6 em 1983 e 73,7 em 1984)<sup>22</sup>, declinando novamente para 51,6 em 1990 — demanda não só urgentes medidas, como evidencia um fator da maior importância: os limites do impacto dos programas de combate às endemias impostos pelas condições de vida da maior parte da população brasileira e pelas rápidas transformações por que vem passando nossa sociedade.

Conclui-se, a partir daí, que não cabe setorializar a política de saúde em programas estanques, mas formulá-la articuladamente às demais, para formarem um todo integrado. Não se trata de diminuir o peso do setor de saúde no conjunto das políticas públicas, mas sim de se ter consciência de que, tomadas de per si, as políticas de saúde têm claros limites impostos pela realidade de nossa sociedade.

### A organização dos serviços de saúde

O atual perfil da organização de serviços de saúde no país continua apresentando as seguintes características, mesmo depois da Constituição de 1988, que instituiu o SUS:

- a) *altamente centralizado* — as definições de diretrizes e prioridades para o setor (incluindo formas de financiamento) são elaboradas pelo governo federal e pelo Executivo; aos Estados e Municípios resta pouca autonomia, cabendo a eles mais o papel de implementadores das diretrizes traçadas pelo nível federal, restando-lhes pouco

22. NEPP — Brasil 1986. *Relatórios Sobre a Situação Social do País*. Campinas, Unicamp, 1988, e IBGE, Diretoria de Pesquisas, Departamento de População, 1990.

espaço para o papel de formuladores de políticas próprias mais adequadas às reais necessidades de saúde da população do município;

- b) *acentuadamente privatizado* — na medida em que crescentemente a assistência médica individual (o atendimento ao doente) é realizada pelo setor privado pago pelo Estado com recursos da Previdência Social (INPS e depois INAMPS e atualmente a Secretaria de Assistência à Saúde — SAS — do Ministério da Saúde), definindo-se o investimento na área da saúde com recursos do orçamento da União como não-prioritário, chegando-se ao ponto de hoje cerca de 70% dos serviços de saúde prestados pelo Estado serem produzidos pelo setor privado.
- c) *crescentemente distante das reais necessidades de saúde da população brasileira* — afirmam alguns especialistas da área que 80% dos problemas de saúde da população brasileira seriam passíveis de serem resolvidos pelo atendimento de primeira linha (rede básica de serviços de saúde: centros de saúde, ambulatórios etc.); no entanto, criou-se no país uma infra-estrutura de serviços altamente complexa, com alta densidade tecnológica, sem integração e hierarquização dos serviços de acordo com sua complexidade tecnológica. Como resultado, a população passa a ser atendida por serviços cuja lógica de acesso não responde à relação disponibilidade tecnológica/necessidade de atendimento, mas à necessidade de lucratividade do setor privado;
- d) *com clara divisão de trabalho entre os setores público e privado* — cabendo àquele medidas de caráter coletivo (tradicionalmente área de competência da Saúde Pública, como vacinação em massa, controle de moléstias transmissíveis etc.) e nos últimos anos crescente atendimento de caráter individual (consultas médicas e atos médicos de maior complexidade tecnológica e mais onerosos), ficando para o setor privado o atendimento mais rentável e lucrativo;
- e) *profundamente discriminatório e injusto* — a população com alguma forma de inserção formal no mercado de



trabalho, e portanto vinculada à Previdência Social, tendo acesso a serviços de saúde mais diversificados, no geral privados, ficando a população sem qualquer vínculo com a Previdência Social dependente dos serviços públicos de saúde, aí compreendidos os serviços estatais de saúde, os hospitais-escola e o setor privado filantrópico. O sistema de serviços acaba por impor, portanto, uma seletividade da clientela atendida por cada tipo de instituição, que se não referida diretamente à qualidade do ato médico em si, certamente o está pela presteza do atendimento;

- f) *com acentuadas distorções na sua forma de financiamento* — na medida em que grande parte do volume de atendimentos fica sob a responsabilidade da Previdência Social, longe da saúde se constituir num direito do cidadão, na realidade o acesso à assistência médica acaba por estar vinculado em grande medida a um contrato com a Previdência Social, eximindo-se o Estado de grande parte da responsabilidade do ônus financeiro de investir na saúde.

Esse modelo de organização dos serviços de saúde, onde hoje o setor privado da produção de atos médicos supera em larga escala o setor público, encontra suas raízes históricas já nas décadas de 20 a 30, à época das CAPs e IAPS. Na década de 50, o acelerado ritmo de industrialização e urbanização provoca um rápido aumento da demanda de serviços médicos das instituições previdenciárias, tendo como consequência a inversão da curva de investimentos em saúde pública e em assistência médica: enquanto aquela é declinante, esta é ascendente.

Em consequência, a atuação do Estado no setor passa cada vez mais a ser regida pela lógica que define sua competência como sendo por excelência medidas de caráter coletivo, da esfera da Saúde Pública, cabendo ao setor privado, em larga medida financiado pela Previdência Social, a assistência médica individual. E nesse processo, progressivamente, o setor público vai assumindo um caráter suplementar, tendo de suprir a ausência do setor privado onde este não tem interesse por inviabilidade de retorno econômico.

Assim, no que diz respeito à assistência médica individual, constata-se uma situação na qual, dada a primazia do setor privado lucrativo sobre os serviços públicos, acentua-se a tendência de concentração de equipamentos de saúde nos principais centros urbanos dos estados mais ricos e industrializados da nação, acompanhando as diversidades regionais. Ilustra esse fato a distribuição de equipamentos de saúde: ao Nordeste cabem 30,2% do total de equipamentos de saúde do país, enquanto o Sudeste sedia 36,4% do total. Mas enquanto no Nordeste 74,6% dos equipamentos são públicos e 23,1% privados, no Sudeste somente 59,9% deles são públicos, dados esses relativos a 1990.

Resguardada a relação necessária entre concentração populacional e disponibilidade de equipamentos de saúde, dados relativos a procedimentos médicos realizados pelo INAMPS em 1985, por exemplo, demonstram uma outra disparidade, que é a discrepância de acesso ao atendimento entre a população urbana e a rural: enquanto no início da década a relação populacional era da ordem de 2,1/1, para aquele ano a relação consulta médica urbana/rural é de 10,6/1, e no caso das internações, de 4,9/1<sup>23</sup>.

Esse processo de privatização da saúde promovido pela política previdenciária é de tal monta, sobretudo a partir da criação do INPS no início do regime militar, que no interior da própria Previdência Social, enquanto imagem pública, inverte-se a relação benefício/prestação de serviços médicos, apesar de os dados orçamentários mostrarem o contrário. Essa inversão demonstra a crescente importância que a assistência médica vem assumindo no interior da Previdência Social.

Mais que isso, o setor privado da saúde vai se constituindo por meio de um leque diversificado de vínculos com a Previdência Social via convênios (pré-pagamento) e credenciamentos, que associado ao apoio do governo federal para investimentos no setor (por meio do FAS) viabiliza um ritmo acelerado de capitalização, tendo como elementos auxiliares a garantia do mercado (constituído por meio da compra de seus serviços pelo Estado) e a impunidade em termos de qualidade do serviço e prestação de contas para os órgãos financiadores. Cabe recordar que no

23. IBGE, dados relativos a 1984, MPAS — INAMPS em Dados, 1985.



caso do credenciamento o pagamento é realizado por serviço prestado, e que o superfaturamento se transforma em procedimento freqüente.

Merece registro, ainda, que no interior desse arcabouço institucional os esforços empreendidos na década de 70 no sentido de universalizar a assistência médica, estendendo-a ao meio rural e a outros setores da população, foram malogrados. Constituem exemplos as experiências do FUNRURAL e do PIASS, e em 1980 a proposta do PREV-SAÚDE que sequer saiu do papel. Por outro lado, constata-se que as não poucas insuficiências da prestação de serviços médicos previdenciários dificilmente lograram ser preenchidas pelos serviços estatais — estaduais e municipais — e filantrópicos, estes na sua grande maioria hoje vinculados à Previdência Social, com freqüência apresentando-se no interior do país como única alternativa.

Resulta desse processo o atual sistema de saúde que, além de oneroso e vulnerável ao extremo às crises econômicas, dado o estreito vínculo de seu financiamento com a Previdência Social, cada vez se torna mais distante das reais necessidades de saúde da população, sendo exatamente nos momentos de crise econômica, quando o orçamento da Previdência Social é atingido, que a assistência médica volta à tona como principal responsável pelo déficit do sistema de proteção social brasileiro.

A crise de 1980-1981 não foge à regra. No conjunto de medidas voltadas para a contenção de despesas, e diante da compreensão de que a causa do déficit orçamentário residia no elevado gasto com assistência médica (à época consumindo 29,7% do orçamento), surge a proposta das AIS (Ações Integradas de Saúde) e da AIH (Autorização de Internação Hospitalar), pagando as internações hospitalares pelo custo histórico global do atendimento e não pela somatória dos gastos de cada ato parcelado, como anteriormente.

As AIHs permitem maior controle sobre o setor privado, que não deixa de resistir aos limites impostos à sua lucratividade, e que até então era impune, apontando que isso representará uma diminuição da qualidade de atendimento e levará a altas precoces dos pacientes. Já as AIS institucionalizam um novo padrão de relação entre a Previdência Social e os setores públicos de saúde

— estadual e municipal —, na medida em que criam mecanismos de repasse de recursos para essas instâncias que passam a ser responsáveis pelo atendimento médico individual da população previdenciária. O que, aliás, já vinha acontecendo diante do crescimento da demanda e da seletividade que o setor privado impunha ao atendimento dessa população.

Mas a década de 70 assiste, ao contrário do que ocorre no caso dos benefícios, à mobilização de vários segmentos da sociedade, ainda que bastante restritos, contra o descalabro do sistema de saúde vigente e em defesa do fortalecimento do setor público de saúde, condição necessária para que a saúde se constitua como um direito do cidadão. E se de um lado as AIS, do ponto de vista do governo central, representaram uma economia de recursos e uma extensão da assistência médica individual (aqui contraposta à compreensão das assistências médicas integradas — curativa e preventiva), de outro ela é entendida, por esses segmentos, como uma via estratégica de reversão das distorções aberrantes do atual sistema de saúde.

No entanto, uma vez mais devido à iniciativa do Executivo, os primeiros convênios das AIS começam a ser assinados em 1983, representando para estados e municípios um substancial aporte de recursos para darem continuidade ao que de certa forma já vinha ocorrendo. Mas cria a situação paradoxal de que esses recursos do INAMPS, originários fundamentalmente da contribuição dos assalariados, passam a se fundir nos gastos com assistência médica da população em geral.

De qualquer forma, o avanço dos debates sobre a saúde consolida a proposta da descentralização como única alternativa para a constituição de um sistema de saúde adequado às reais necessidades da população, viabilizando sua universalização e equidade. O que pressupõe, por certo, que o Estado — em todos os níveis — assuma a produção desses serviços, ou pelo menos grande parte dela, e exerça um rígido controle sobre o setor privado. É nesse contexto que emerge a proposta do SUDS (Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde) sob a forma de convênios do INAMPS com as Secretarias Estaduais de Saúde. Esses convênios começaram a ser assinados em 1987, passando



às Secretarias Estaduais de Saúde o comando do sistema no âmbito estadual.

Essa proposta, que se antecipa aos trabalhos na Assembléia Nacional Constituinte, vem ao encontro do princípio do Sistema Único de Saúde, descentralizado e sob a égide do setor público, com comando único em cada esfera de poder — federal, estadual e municipal — contemplado na Constituição federal promulgada em outubro de 1988.

Não obstante, ambas as experiências — AIS e SUDS — já demonstram que a democratização da saúde, do ângulo da reorganização institucional do próprio sistema, requer que ela adquira o estatuto de direito do cidadão à atenção à saúde, resguardada a equidade no acesso e na qualidade do atendimento, garantida pelo Estado. Caso contrário, tanto os convênios do INAMPS com as Secretarias Estaduais de Saúde quanto destas com as Secretarias Municipais de Saúde, como mostra a experiência recente do SUDS, bem como o repasse de recursos da SAS para essas Secretarias, como ocorre atualmente, se convertem num instrumento político extremamente poderoso, dado o volume de recursos envolvido e de determinados interesses restritos e particularistas, ao sabor da conjuntura da composição das forças políticas e dos momentos eleitorais. A tal ponto que, quando da vigência do SUDS, se encontram situações em que o Estado reage à assinatura de convênios com determinados municípios pelos mais diversos motivos, e outras em que os municípios buscam uma forma direta de celebrar o convênio com o INAMPS, dada a resistência do Estado em assumir o SUDS. Tanto num caso como no outro, continua a saúde ao sabor do jogo de interesses imediatos e sendo alvo da apropriação privada da coisa pública.

Ademais, os desafios ora colocados não são pequenos. Em primeiro lugar, porque tais proposições são contrárias aos interesses do setor privado da saúde, que luta pela continuidade do padrão de capitalização sem os riscos inerentes do mercado, dentre eles a concorrência de preço e de qualidade. Em segundo lugar, porque a política de saúde, sobretudo das últimas duas décadas, constituiu um sistema público de saúde não só sucateado e desaparelhado como com baixíssimo nível de resolutividade.

Esses fatores, quando associados, passam a fundamentar o argumento da defesa da “iniciativa privada” na saúde contra os serviços estatais sob o argumento da incompetência intrínseca do Estado para assumir a produção desses serviços, e não como algo específico de perfil de Estado que vem prevalecendo nas últimas décadas. Para não lembrar que foi esse mesmo Estado “incompetente” que viabilizou o crescimento vertiginoso do setor privado na saúde nesse período.

Em terceiro lugar, e por decorrência, reverter a lógica do sistema de saúde implica um efetivo investimento do Estado — nos níveis federal, estadual e municipal — no setor, traduzindo uma real vontade política e uma reversão das prioridades até o momento estabelecidas. Mais que isso, implica estabelecer um novo padrão de administração na esfera pública, e que de imediato esbarra com a resistência do micropoder instituído no interior das instituições públicas, do nível central ao mais periférico.

Finalmente, em quarto lugar, pelo caráter fluido da presença da saúde, tanto no quadro político-institucional quanto no conjunto de demandas dos diferentes setores populares. No primeiro caso destaca-se a sua escassa visibilidade política (tanto mais fluida quanto mais se aproxima das medidas de caráter preventivo) associada aos estreitos limites de sua capacidade para solucionar os principais problemas de saúde da população. Limites esses dados pela intrincada relação entre o biológico e o social, que traça os perfis de morbi-mortalidade apresentados pelos diferentes segmentos populacionais. O que significa que o setor da saúde é levado, necessariamente, a responder e enfrentar questões que em sua grande maioria tem como origem fatores externos a ele. E se de um lado não há como negar, contrariamente à concepção estritamente biológica do saber médico predominante, que as manifestações mórbidas têm profundas raízes no contexto social — haja vista a doença do trabalho, manifestação biológica da exposição do trabalhador a condições inseguras e insalubres de trabalho —, de outro reforça a busca de integração dos diferentes setores das políticas públicas na formulação e implementação dos programas. E aqui não se trata simplesmente de mera racionalidade institucional e de economia de recursos, medidas das mais urgentes, mas sobretudo de requisito essencial para viabilizar a eficiência das políticas de saúde.



## A saúde como direito: a nova Constituição e a antiga realidade

O atual texto constitucional institui a saúde como direito de todos e dever do Estado enquanto acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (art. 201). Institui ainda a participação, em caráter complementar, das instituições privadas do setor no Sistema Único de Saúde. Igualmente institui a descentralização com direção única em cada esfera de governo, o atendimento integral com prioridade para atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais, e a participação da comunidade. Compromete, quanto ao financiamento, a participação de recursos do orçamento de seguridade social, da União, dos Estados e Municípios, do Distrito Federal e dos Territórios.

Chama a atenção, de imediato, que o único dispositivo aprovado que causou violenta reação do setor privado foi a estatização do sangue. De fato, apesar dos significativos avanços, verifica-se que os interesses do setor privado não foram diretamente feridos: sua participação em caráter complementar do SUS — portanto, como fazendo parte da composição do sistema — é reafirmada, sendo previsto somente maior controle sobre suas ações, o que, dada a experiência passada, não o ameaça em demasia. Afinal, o florescimento do setor privado da saúde foi viabilizado, em grande medida, pela própria incompetência do Estado em fiscalizá-lo e mantê-lo sob controle, sendo que as fraudes constituem neste caso o exemplo menos preocupante. Não é por outro motivo que os embates entre os distintos interesses se repetiram, de forma mais aguda, no momento da votação da legislação ordinária, que regulamentou aqueles dispositivos constitucionais.

À parte esse fator, resta o problema de como viabilizar a descentralização, o comando único em cada esfera de poder, e ao mesmo tempo uma integração, nos âmbitos estadual e municipal, das diferentes políticas de saúde que devem, no seu conjunto, compor um todo integrado. A Lei Orgânica do Sistema Único, as constituições estaduais e a Lei Orgânica dos municípios garantem, de certa forma, o suporte institucional para tanto.

Permanece, no entanto, a questão de como enfrentar a magnitude dos problemas aqui apenas traçados em linhas gerais, e que não dão conta da real dimensão da realidade, entre outras razões porque o sub-registro nesse país é tradição das mais zelosamente preservadas.

Diante do exposto, a implementação da atual Constituição, viabilizando o acesso universal e equânime à saúde implica a implantação do SUS, obedecendo algumas diretrizes básicas e enfrentando a solução de questões bastante complexas.

Dentre as diretrizes gerais, destacam-se:

- a) o implemento de medidas para que os princípios do SUS se viabilizem e se concretizem, de forma a torná-lo uma realidade irreversível;
- b) a descentralização, princípio norteador do SUS, devendo ser entendida como repasse de recursos e delegação de poder para que os níveis estadual e municipal formulem a política de saúde correspondente, de acordo com prioridades que respondam à especificidade local, mas que obedeam, ao mesmo tempo, as diretrizes nucleares formuladas para o âmbito nacional;
- c) se do ângulo das normas institucionais a descentralização já é realidade hoje, recorde-se que como questão ela é eminentemente política: a tradição do uso desses recursos para fins político-clientelísticos continua presente. Há, portanto, que se montar estratégias de curto, médio e longo prazos para a sua implementação. Tal fato tem como consequência:
  - a necessidade de efetivar mudanças institucionais necessárias para que o Ministério da Saúde incorpore todas as ações atinentes à saúde, até então pulverizadas entre o Ministério do Trabalho, o MPAS e o MS, para que não se perpetuem as resistências à unificação;
  - enfrentar a situação, criada de fato pela implementação do SUDS, de coexistência de duas lógicas distintas de atuação no setor: o MS com programas verticalizados na área das medidas de caráter coletivo, e o SUDS, com



programas que se propõem descentralizadores, ainda que em larga medida verticalizados;

- enfrentar a questão da descentralização numa realidade tão diferenciada como a brasileira. As diversidades da configuração do SUDS pelos diferentes estados já apontavam para isso: não descentralização mas desconcentração (repasso de recursos sem delegação de poder para formular sua própria política de saúde em nível local); predominância de critérios políticos bastante discutíveis para celebração de convênio e repasse de recursos; falta de apoio técnico aos Estados, mas sobretudo aos municípios de pequeno porte para organizarem consórcios de municípios e potencializarem assim seus escassos recursos etc. Embora haja posições distintas quanto a este ponto, isto é, se a descentralização deve passar pelo nível estadual ou se ela deve ser uma relação direta entre os níveis federal e municipal, para se garantir um mínimo de uniformidade e coerência das políticas de saúde no país, enfim, para se ter uma política nacional de saúde e não uma multiplicidade tão variada que pouco se diferenciaria do caos, a intermediação dos Estados vem crescentemente se revelando como necessária.

Não obstante, isso implica a necessidade de o Ministério da Saúde, como coordenador do processo de descentralização, reformular-se no sentido de se capacitar para estabelecer um núcleo mínimo de procedimentos que os Estados devam estar obedecendo para garantir que os repasses de recursos do nível federal para o estadual, e deste para o municipal, não sejam regidos por interesses políticos, mas sim pelo critério da implementação de uma nova ordem no setor da saúde, o que implica o respeito ao perfil altamente diversificado de necessidades de saúde da população.

Caso contrário, persistirá o risco de a descentralização provocar o efeito inverso, dada a diversidade política e social do país, o vazio do poder criar mecanismos cartoriais de uso da coisa pública.

- d) enfrentar a questão orçamentária: o Ministério da Saúde passa a receber recursos de várias fontes encaminhados

ao Fundo Nacional de Saúde: orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, dos Municípios e Distrito Federal, acrescidos de outras fontes. Embora essa soma constitua um fundo único, o controle de cada uma delas como aporte para o FNS (o mesmo valendo para os Fundos estadual e municipal) deve ser bastante destacado e enfatizado. Caso contrário, o emaranhado dos cálculos financeiros deixará indiferenciados, uma vez mais, os setores que efetivamente estão "pagando a conta", impossibilitando o controle público sobre reduções orçamentárias, por exemplo;

- e) a proposta do SUS implica a criação dos Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde, compostos por representantes do governo e da sociedade (usuários, trabalhadores de saúde e prestadores de serviços). Não obstante, faz-se necessário reconhecer a importância de instâncias intermediárias entre cada uma dessas esferas: uma que represente o conjunto dos conselhos municipais ante os estaduais e outra que congregue o conjunto destes ante o Conselho Nacional de Saúde, dada a necessidade de coordenação, no nível nacional, da definição de uma política de saúde melhor adequada à diversidade de necessidades de saúde da população brasileira. Esse é, de certa forma, o papel que o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) vêm desempenhando.
- f) ganha importância a função de o Ministério da Saúde dar suporte técnico e colaborar na formação de recursos humanos para que as novas tarefas que o SUS demanda nos níveis estadual e municipal possam ser cumpridas; da mesma forma, a área de pesquisa, resguardada sua autonomia, deverá contemplar também a produção de conhecimento requerida pelas novas diretrizes da política de saúde.

Associadas a essas diretrizes, que demandam um tempo diferencial para a sua implementação, e que por vezes umas se constituem em pré-requisitos para outras, problemas imediatos e urgentes devem estar também presentes no leque de prioridades para o setor:



- a) as doenças endêmicas, algumas delas apresentando uma tendência ascendente, devem ser enfrentadas com medidas específicas da área de saúde associadas às demais da área social, tendo como suporte essencial uma política econômica redistributiva. A hanseníase, que vem apresentando uma curva ascendente e que se concentra na região Nordeste, estigmatizando e excluindo da convivência social um contingente enorme de indivíduos, constitui um bom exemplo. Este caso ensina que a questão da doença — e portanto das prioridades de uma política de saúde — não reside somente em sua letalidade ou periculosidade para a população, mas no seu custo social em sentido amplo.
- b) a saúde do trabalhador, não só em termos de assistência médica, mas sobretudo de fiscalização do ambiente e das condições de trabalho. MPAS, MS e MT terão de atuar conjuntamente para garantir os direitos dos trabalhadores;
- c) continuar buscando mecanismos para resgatar a credibilidade do setor público capaz de gerir a saúde;
- d) estabelecer e aperfeiçoar critérios para cálculo do volume de recursos a serem repassados para Estados e Municípios que contemplem a dimensão da população e da rede instalada (caminhando no sentido do cálculo da necessidade de recursos pelo critério de tipo e extensão da cobertura e não da demanda) e possibilitem que as áreas mais desprovidas de equipamentos de saúde sejam priorizadas. De uma forma ou de outra, é necessário sempre constar do cálculo um percentual para investimentos no setor.

Reverter a atual situação da área da saúde — tanto em termos do quadro nosológico quanto do funcionamento do aparato institucional — demanda que ela seja urgentemente resgatada para a esfera pública da política, ao contrário do que vem acontecendo até o momento. O envolvimento do Legislativo, dos partidos políticos e dos diferentes setores da sociedade, ganhando posição de destaque profissionais e especialistas da área, num amplo debate público, é condição necessária para fazer frente à resistência de toda ordem às novas diretrizes políticas e para que

se avance no sentido da conquista da saúde efetivamente como um direito social, processo em que todos somos aprendizes.

O debate — sempre presente — sobre a necessidade de reforma do sistema de proteção social brasileiro ganha novo alento atualmente. Isso porque, juntamente com as medidas de estabilização monetária (controle da inflação) que vêm sendo tomadas desde meados de 1994, se apresenta a necessidade de se implementar medidas que visem à diminuição da dívida pública (o que no geral é traduzido em termos da privatização e da redução do tamanho do Estado), bem como de se implementar uma reforma fiscal e tributária.

É nesse contexto, portanto, que o debate sobre a seguridade social ocorre. Uma vez mais, no entanto, o debate é travado em termos da escassez de seus recursos *versus* a diversidade de benefícios e serviços e amplitude da clientela a ser atendida.

O ponto de partida que no geral vem sendo adotado é a crítica à Constituição de 1988 — a “Constituição cidadã”, nas palavras de Ulysses Guimarães —, avaliada como tendo sido demasiadamente generosa na ampliação do acesso aos direitos sociais sem vinculá-la às respectivas fontes de financiamento.

De fato, a ampliação do acesso aos direitos sociais ocorreu com a Constituição de 1988: a proteção social, até então praticamente restrita aos contribuintes do sistema previdenciário, foi estendida à população em geral, embora com alguma variação quanto ao conjunto de benefícios a serem cobertos, bem como viu-se afirmada a universalização dos serviços de saúde e de assistência social. Mas, por outro lado, ela também reafirmou e resguardou os interesses já constituídos, quer quando restabelece o salário mínimo como piso de benefícios, quer quando mantém as aposentadorias por tempo de serviço e as aposentadorias especiais (o que neste caso beneficia mais os trabalhadores qualificados), quer quando cria o salário-desemprego (para os assalariados do mercado formal de trabalho).

Dessa forma, no que diz respeito à proteção social, a Constituição de 1988 obedece a duas lógicas: a do direito individual e a do direito coletivo de acesso ao sistema. No primeiro caso, o financiamento provém da contribuição dos assalariados e dos empregadores sobre a folha de salários; no segundo caso, as



contribuições patronais sobre o faturamento e o lucro constituem a base de financiamento do programa universal.

Mas a essa diversidade de fontes de financiamento associa-se a inclusão do pagamento dos encargos previdenciários da União (EPU), o que significa o pagamento dos benefícios dos seus funcionários, responsabilidade do Tesouro Nacional. Neste caso, sobrecarrega-se o item relativo ao pagamento de benefícios sem a respectiva fonte de recursos.

Durante o regime inflacionário instituiu-se como prática dos distintos governos o atraso sistemático do repasse das contribuições sociais arrecadadas pelo Tesouro para a Seguridade Social, o que equivalia na prática a um corte dos gastos previstos, na medida em que os valores não eram atualizados pelo índice inflacionário. Pouco depois, instituiu-se a prática de redução ou mesmo suspensão do volume de recursos da seguridade social a serem repassados para a saúde, o que agrava a já precária situação em que se encontra o setor estatal da saúde, nos três níveis de governo — federal, estadual e municipal.

O debate sobre a reforma da seguridade social, portanto, concentra-se na questão do seu financiamento e, na outra ponta, na questão da diversidade e extensão dos benefícios e serviços a serem por ela cobertos.

Tanto para o caso das aposentadorias e pensões quanto para o caso do acesso à saúde, discutem-se vários projetos que combinam diferentemente um sistema público e universal com um sistema público e/ou privado complementar. Não obstante a discussão mais acalorada se dar no seio dos setores mais organizados da sociedade, a questão de fundo que permanece é como *de fato* cumprir os preceitos constitucionais que ditam a universalização do acesso de todo e qualquer cidadão a benefícios e serviços sociais essenciais, independentemente da sua inserção no mercado de trabalho e de seu nível de renda. Ou, dito de outra forma, o desafio está em como compatibilizar as lógicas do direito individual e do direito coletivo presentes no sistema de proteção social brasileiro, numa sociedade marcada por profundas desigualdades sociais e que demanda com urgência a construção de novos padrões de solidariedade social para que, de fato, o sistema

de proteção social no Brasil ganhe uma lógica redistributiva e garanta a saúde como um direito de todos os cidadãos.

### Bibliografia

- COHN, A., *et al.* *A saúde como direito e como serviço*, São Paulo, Cortez/CEDEC, 1991.
- DRAIBE, S.M. Qualidade de vida e reformas de programas sociais: o Brasil no cenário latino-americano. *Lua Nova*, São Paulo CEDEC, (31) 5-46 1993.
- GUIMARÃES, R. e TAVARES, R. (orgs.) *Saúde e sociedade no Brasil — anos 80*. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1994.
- LAURELL, A.C. *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo, Cortez/CEDEC, 1995.
- MINAYO, M.C.S. (org.). *Os muitos Brasis — saúde e população na década de 80*. São Paulo, Hucitec/Abrasco, 1995.
- OLIVEIRA, J.A.A. e TEIXEIRA, S.M.F. *(Im)Previdência Social — 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis, Vozes/Abrasco, 1986.