A Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde*

Paulo Faveret Filho / Pedro Jorge de Oliveira
PESQUISADORES DO IEI/UFRJ

O artigo discute o processo de reforma do sistema de saúde brasileiro nos anos 80 a partir de uma ótica comparativa. A tese central é a de que, a despeito das intenções "publicizantes" dos defensores da Reforma Sanitária, a trajetória estrutural do sistema parece apontar para um formato mais residual do que universal. Os setores melhor remunerados da sociedade (classes médias, incluindo operários dos setores dinâmicos) vêm gradativamente deixando de ter referência no subsistema público de saúde, passando a constituir clientela para o subsistema privado. Este movimento é permitido pelo surgimento e difusão de mecanismos de financiamento (seguro-saúde, medicina de grupo, etc.) que propiciam um aumento da autonomia financeira do setor privado em relação ao setor público. Assim, o modelo da nossa Reforma Sanitária, embora se inspire no sistema inglês – acesso universal com predomínio do setor público na oferta de serviços –, vem assumindo feições semelhantes ao norte-americano, no qual a ação do Estado é residual, alcançando apenas aqueles grupos incapazes de obter acesso aos serviços privados de saúde pela via de mercado.

INTRODUÇÃO

A fórmula "Saúde – Direito dos Cidadãos, Dever do Estado", elaborada no seio do movimento sanitarista e consagrada como princípio constitucional em 1988, sintetiza admiravelmente a concepção que informa a primeira experiência brasileira de uma política social universalizante. A Reforma Sanitária, não obstante suas marchas e contramarchas, configura uma ruptura pioneira no padrão de intervenção estatal no campo social moldado na década de 30 e desde então intocado em seus traços essenciais. Com ela surge na cena política brasileira a noção de direito social universal, entendido como um atributo da cidadania sem qualificações, ao qual deve corresponder, como direito, não como concessão, uma ação estatal constitutiva da oferta dos serviços que lhe são inerentes.

Mais ainda, referido a um contexto de tradicional veto formal ao acesso de amplas parcelas populacionais aos benefícios dos aparelhos de proteção social, tal projeto ganha um caráter francamente redistributivo. A eliminação da contribuição previdenciária como requisito para o direito ao atendimento

* Este artigo é produto de longas e férteis discussões com Maria Lúcia Werneck Vianna, cuja contribuição na construção das idéias aqui expostas foi de inestimável valor. Ressalve-se sua ausência de responsabilidade quanto aos erros e omissões ainda presentes.

nos serviços de saúde permite a realização de uma significativa transferência de recursos dos segmentos que contribuem, ao menos diretamente, para o financiamento do sistema na direção dos não contribuintes. A instituição de um sistema de saúde de acesso universal e igualitário rompe, assim, definitivamente com o modelo corporativista, do benefício como privilégio, e, adicionalmente, assume a obrigação de quitar parte da nossa imensa dívida social, donde seu redistributivismo.

Neste artigo pretendemos analisar o projeto da Reforma Sanitária à luz da evolução estrutural do sistema de saúde brasileiro, numa perspectiva internacional. Nossa hipótese é a de que entre uma reforma implicitamente inspirada no paradigma inglês (universalização com predominância do setor público) e uma tendência estrutural mais próxima do caso norte-americano (predomínio do setor privado e ação estatal compensatória), a política de saúde no Brasil vem trilhando caminhos, que incluem graus significativos de redistribuição, não previstos por seus reformadores.

Para tanto, iniciamos com a análise dos paradigmas britânico e norte-americano, enfatizando o tipo de padrão de relação estabelecido entre setor público e setor privado, as formas de financiamento predominantes e a concepção de política social prevalescente.

A seguir é apresentada a interpretação que se tornou hegemônica a respeito do desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro na década de 70, em especial da relação público-privado, e que informou o projeto sanitarista. Esta visão é contrastada com elementos que indicam uma crescente autonomia do setor privado *vis-à-vis* o Estado na década de 80, em função do fortalecimento de novos mecanismos de financiamento (os planos de saúde) capazes de viabilizar o acesso ao setor privado das camadas médias, à margem da intervenção da política oficial.

Este fenômeno gera implicações sobre o projeto universalizante que são analisadas na quarta parte. Ali mostra-se como a contínua queda de barreiras que acompanha a crescente abrangência da cobertura à população, e que culmina com a universalização durante a Nova República, teve como contrapartida a exclusão de significativos grupos sociais, sobretudo as camadas médias, por mecanismos usuais de racionamento. Tais contingentes passaram a constituir o público alvo das novas modalidades de oferta de serviços médicos que, nesta perspectiva, atuam como um elemento de acomodação do sistema, posto que, na sua ausência, as pressões sobre o setor público seriam, muito provavelmente, explosivas. Daí o caráter excludente da universalização do acesso ao sistema de saúde no Brasil.

Se o desenvolvimento dos esquemas privados tem sido de certa maneira funcional ao processo de universalização, ao mesmo tempo ele o fragiliza por retirar da esfera do setor público justamente os segmentos da população com maior capacidade de vocalização de demandas. Portanto, as bases de apoio político para a melhoria dos serviços se esvaem e cresce o risco de uma perpetuação do circuito: má qualidade – expulsão de setores organizados – baixa atividade reivindicatória – má qualidade. Esta problemática é desenvolvida na quinta parte.

Por fim, à guisa de conclusão, apresentamos algumas idéias mais gerais a respeito dos caminhos possíveis do *Welfare State* brasileiro, tendo em vista a experiência na área de saúde.

I
ALTERNATIVAS PARADIGMÁTICAS

I.1 – Inglaterra: Universalização Inclusiva num Sistema Público

O Serviço Nacional de Saúde *(National Health Service)* foi criado em 1948, no bojo de uma série de reformas do aparelho estatal de proteção social. Tais reformas deram origem, segundo Marshall (1975), ao *Welfare State* inglês, que se apoiava fundamentalmente em três pilares: o Sistema Nacional de Seguridade, o Sistema Educacional, além do NHS.

Nas palavras de seu criador, Aneurin Bevan, os princípios básicos do NHS eram:

> *a*) "The health service should be financed by taxes and contributions paid when people are well rather than by charges levied on them when they are sick; the financial burden of sickness should be spread over the whole community;
>
> *b*) The service should be national in the sense that the same high quality of service, but not a standardized service, should be provided in every part of the country" [citado em Marshall (1975, p. 137)].

Do primeiro ponto deduz-se a superioridade do financiamento fiscal, que é o que melhor se adequa ao imperativo da socialização dos custos, além de introduzir um componente redistributivo, pela progressividade do sistema tributário. E efetivamente os recursos do Tesouro têm sido, até hoje, a principal fonte de financiamento, com pequena participação de contribuições e taxas.

A homogeneização da qualidade do atendimento visava evitar os males dos sistemas baseados no seguro saúde, cuja lógica de operação induziria a uma tendência à concentração da oferta de médicos e serviços nos locais mais ricos, em geral já saturados. Num serviço nacional, acreditava Bevan, o sistema hospitalar poderia ser planejado globalmente, atenuando desequilíbrios regionais e sócio-econômicos. Para tanto a rede hospitalar, na qual era significativa a participação dos hospitais filantrópicos, foi nacionalizada e o regime de trabalho passou a ser predominantemente assalariado.

O NHS foi organizado em três níveis [cf. Médici e Silva (1987)]. Os Serviços Médicos Gerais compunham o primeiro, oferecendo consultas, inclusive serviços odontológicos, farmacêuticos e de oculistas, constituindo o espaço de atuação dos clínicos gerais (*general practioners*) que mantinham uma relação contratual com o Serviço, resguardando assim sua autonomia.

O segundo nível, administrado pelos governos locais, correspondia aos serviços de assistência médica e saúde pública e incluia as maternidades, os serviços médicos para crianças, os visitadores sanitários, a educação para a saúde, os programas de vacinação e imunização e os serviços de ambulância.

E os serviços hospitalares, supervisionados em sua maioria pelos conselhos hospitalares regionais, configuravam o terceiro nível.

A ausência de barreiras ao acesso ao atendimento, ou seja, a universalização, é uma das características básicas do NHS, que, combinada com o predomínio do setor público na oferta de serviços, lhe confere caráter paradigmático nas comparações internacionais de sistemas de saúde. Estes traços estão relacionados com fatores tais como: uma longa tradição reivindicatória dos movimentos trabalhistas, que forçaram contínuos alargamentos do escopo das políticas sociais até alcançar o nível dos direitos sociais: a Segunda Guerra Mundial, cujos impactos peculiares na Inglaterra estimularam o desenvolvimento da noção de divisão (*pooling*) dos riscos como elemento central na estratégia de sobrevivência social; e a forte presença de hospitais mantidos por voluntários e/ou comunidades locais, minimizando o papel do setor privado e ampliando a base para a intervenção reguladora do Estado.

Em 1973 o Gabinete Conservador decretou o *National Health Service Reorganization Act*. Seu objetivo central era promover uma efetiva integração dos três elementos componentes do sistema, que até então permaneciam debilmente articulados.

Com a reorganização o NHS passou a ter uma hierarquia mais definida e uma maior precisão na atribuição de responsabilidades a cada nível. Assim, a célula básica radicava nos Distritos Sanitários, com centro em um Hospital Geral Distrital, que constituíam o braço operacional de todo o Serviço. Os Distritos estavam submetidos às *Area Health Authorities* (AHA), instância executiva chave com encargo de realizar a coordenação com os serviços de saúde dos governos locais e cujo âmbito geográfico coincidia com o dos condados e regiões metropolitanos.

As *Regional Health Autharities* (RHA), às quais se subordinavam as AHA, estavam encarregadas de realizar o planejamento estratégico a partir das informações e demandas dos níveis inferiores, desenvolver serviços especiais de alto nível, realizar a interface com as escolas médicas universitárias, bem como definir a alocação de recursos entre as AHA. O topo da pirâmide seria ocupado pelo Ministério da Saúde, que resguardou para si parcela muito expressiva do poder sobre o Serviço, uma vez que tomava decisões centralizadamente e nomeava os membros dos *Boards* Regionais e das Áreas, os quais na prática constituíam meros elos de ligação com os demais níveis.

Nos anos 70 o sistema de saúde inglês seguiu sendo fundamentalmente público, mas cresceram as experiências no campo dos serviços privados. Uma das formas, que não era nova mas se desenvolveu muito no período, foi a utilização privada de leitos públicos, mediante o pagamento de taxas adicionais pelo atendimento particularizado. Trata-se de uma transformação da idéia de acomodação da demanda à oferta pela via do racionamento (ou seja, crescimento das filas, demora na marcação de consultas e cirurgias etc.) no sentido de uma fixação de preços diferenciados. Paralelamente, expressando a mesma tendência de reivindicação por maior liberdade de escolha, surgiram e se expandiram companhias de seguro-saúde, abrangendo empregados de grandes companhias e setores da classe média alta. Apesar disso, estas mudanças não se deram em extensão suficiente a ponto de alterar o caráter paradigmático do caso inglês, ou seja, uma oferta predominantemente pública de serviços com acesso efetivamente universal.

I.2 – Estados Unidos: Hegemonia Privada e Ação Residual do Estado

Em termos de construção do seu aparelho de seguridade social, costuma-se indicar os Estados Unidos como o caso paradigmático de uma vertente que teria se colocado no pólo oposto da experiência européia, onde esquemas públicos e nacionais de ampla abrangência teriam preponderado. No caso norte-americano, no que diz respeito à estruturação do seu aparelho de proteção social, pode-se indicar, inicialmente, duas características que o distinguem da tradição européia:

a) O aparelho de seguridade social norte-americano foi montado sob uma orientação predominantemente liberal, privilegiando o setor privado como o espaço legítimo de constituição da oferta destes serviços específicos;

b) O Estado tem uma ação direcionada a setores sociais bastante definidos. Neste caso o Estado realiza uma política de gasto voltada para amparar aqueles indivíduos que de alguma forma estejam impossibilitados de ter acesso, por seus próprios meios, aos serviços privados de proteção social. Portanto a ação do aparelho estatal norte-americano, na melhor tradição liberal, dirige-se especificamente aos pobres (o termo *poor* é componente central da terminologia de restrição ao acesso aos serviços financiados pelo Estado), desempregados e a grupos minoritários como é o caso dos idosos.

É importante demarcar mais a diferenciação indicada logo acima. Enquanto nos países europeus edificava-se um aparelho de proteção social sob a égide de um conceito de cidadania que tornava – por consentimento e exigência social – todos os cidadãos alvos das políticas de *Welfare* direcionadas pelo Estado, o Estado norte-americano dirigia suas políticas para grupos populacionais excluídos do acesso aos serviços de proteção social pela lógica do mercado.

O autor norte-americano Robert Blendon demarca com bastante precisão esta distinção, explicitada no caso dos serviços de saúde:

"In the postwar response to the problem of high and unpredictable medical bills, the role of the U.S. government in financing and providing personal health services diverged markedly from that of most European governments and of Canada. While one European country after another adopted government-sponsored national health insurance or instituted a full national health service, America's

health care arrangements were substantially different. The federal government played a much less significant role" [Blendon (1985, p. 121)].

O caso da montagem dos programas públicos de saúde nos meados dos anos 60 nos Estados Unidos demonstra eficientemente este fato. Mesmo dentro de um contexto de radicalização reivindicatória pela ampliação dos direitos dos cidadãos, com a conseqüente necessidade de uma interferência estatal para garantir a dignidade individual, o amplo movimento que passou a ser conhecido como *The Civil Rights Revolution* explicitava os pobres e as minorias como os depositários prioritários e legítimos da ação estatal. Ou seja, o consenso político forjado pela tradição liberal norte-americana impedia uma ação estatal global e universalizante que interferisse naqueles espaços onde já existissem articulações viáveis entre o setor privado e suas clientelas.

Orientado por esta concepção de ação estatal, o governo do presidente Johnson criaria em 1965 dois programas na área de atenção à saúde. O primeiro, o *Medicaid*, adotando um financiamento fiscal e gerido fundamentalmente pelos governos estaduais, voltava-se para o atendimento aos indivíduos que através de um teste de meios comprovassem um efetivo nível de pobreza. O segundo programa, o *Medicare*, de caráter contributivo, direcionava-se a viabilizar o acesso dos idosos aos serviços de saúde.

Portanto, estruturou-se nos Estados Unidos um sistema de saúde que, mesmo centrado em uma rede hospitalar majoritariamente privada, seria segmentado, pela ótica do financiamento do gasto, em dois setores:

a) Subsistema Privado: onde os gastos são financiados a partir do desembolso dos beneficiários ou de alguma forma de seguro privado. A forma securitária, como veremos em seguida, vem ganhando contínua preponderância e engloba os mais diferenciados esquemas de securitização, que vão desde planos individuais de seguro até planos empresariais de larga abrangência.

b) Subsistema Público: voltado para segmentos populacionais bastante delimitados, se operacionaliza através de um programa de caráter securitário (*medicare*) e outro tipicamente assistencial (*medicaid*).

Consolidava-se, portanto, uma cisão onde precederia em termos de legitimidade o espaço do privado (tanto na oferta de serviços como na forma de financiamento do gasto), restando ao Estado garantir o acesso aos serviços de saúde daqueles segmentos inaptos a se articularem por sua própria conta à rede privada de oferta destes serviços.

Deve-se registrar ainda, e por fim, a existência em localidades carentes de uma larga cadeia filantrópica (atinge cerca de mil unidades) de centros comunitários de saúde que recebem amplos subsídios estatais.

Esta configuração da estrutura da oferta de serviços tem sua contrapartida na evolução dos gastos. A Tabela 1 e os Gráficos 1 e 2 mostram como evoluiu historicamente a estrutura de financiamento do gasto em saúde nos Estados Unidos. Para isto, diferencia-se o gasto privado – subdividido em pagamento direto, pagamento através de esquemas securitários (individual ou de grupo) e outros – do gasto público realizado pelas diversas instâncias administrativas.

TABELA 1

Composição dos Gastos em Saúde nos Estados Unidos: Fontes de Financiamento – 1950/85

Em %

Anos	Gasto Privado				Gasto Público		
	Total	Direto	Plano de Seguro	Outros	Total	Federal	Estadual e Local
1950	77,5	65,5	9,1	2,9	22,4	–	–
1960	78,3	54,9	21,1	2,3	21,8	9,3	12,5
1965	78,0	51,6	24,2	2,2	22,0	10,1	11,9
1970	65,6	40,5	23,4	1,7	34,3	22,2	12,1
1971	64,5	38,9	23,8	1,8	35,5	23,2	12,3
1972	64,1	38,0	23,6	2,5	35,8	23,5	12,3
1973	63,9	37,4	24,0	2,5	36,1	23,7	12,4
1974	61,6	35,3	24,8	1,5	38,4	25,9	12,6
1975	60,5	32,5	26,7	1,3	39,5	26,8	12,7
1976	61,3	31,6	28,3	1,4	38,7	27,2	11,5
1977	61,2	31,1	28,8	1,3	38,8	27,5	11,3
1978	60,8	30,3	29,3	1,2	39,2	27,7	11,5
1979	60,6	29,4	30,0	1,2	39,3	28,1	11,2
1980	60,4	28,5	30,7	1,2	39,6	28,5	11,0
1981	60,2	27,9	31,1	1,2	39,8	29,3	10,4
1982	60,2	27,1	31,9	1,2	39,8	29,5	10,3
1983	60,3	27,2	31,9	1,2	39,7	29,7	10,1
1985	60,3	28,4	30,6	1,3	39,7	–	–

FONTE: Pauly (1986); Reynolds (1989), para os anos 1950 e 1985.

Em termos da composição público/privado, o período 1965/70 apresenta a mudança mais significativa, passando o gasto público do patamar de 20 para 35% do total, em conseqüência da implantação dos programas *Medicare* e *Medicaid*. É nesta fase que se dá o ponto de inflexão a partir do qual transcorrem mais cinco anos de ampliação moderada do setor público (para praticamente 40% em 1975), verificando-se desde então em virtual congelamento da participação de cada setor.

Caso analise-se os dados desde o ano de 1950, o fato mais relevante consiste exatamente na queda vertiginosa da participação do gasto privado direto (cai de 65,5% em 1950 para 28,4% em 1985) ao lado da afirmação do plano de seguro privado como forma predominante de financiamento do acesso particular ao sistema de saúde. A participação dos planos de seguro

GRÁFICO 1

Estados Unidos: Gasto privado x gasto público – 1950/85

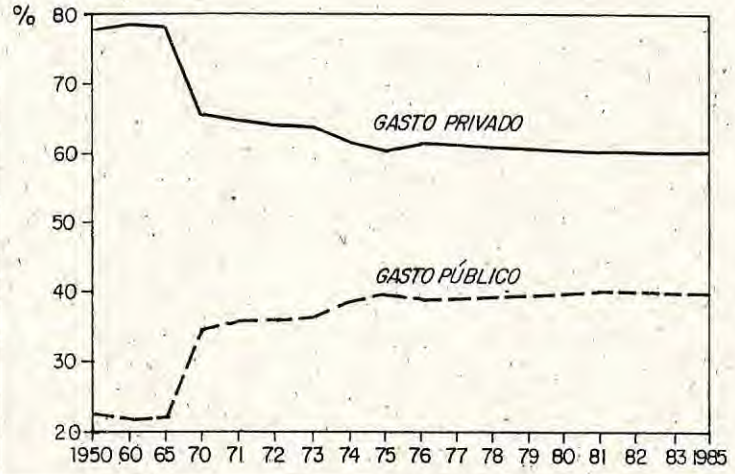
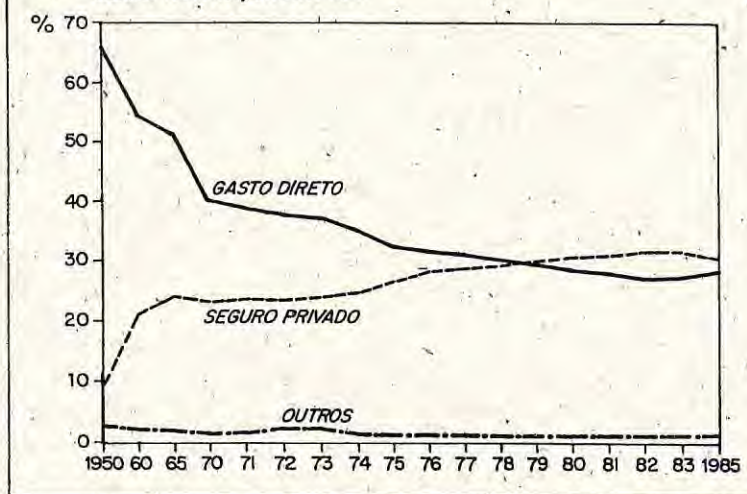


GRÁFICO 2

Estados Unidos: Composição do gasto privado – setor saúde, 1950/85



no financiamento dos gastos de saúde norte-americanos eleva-se de 9,1% em 1950 para 30,6% em 1985.

Portanto, o dinamismo do setor de saúde nos Estados Unidos, que correspondia em 1983 a 10,8% do PNB, seria sustentado por formas emergentes de financiamento – ampliação do gasto público e, principalmente, do gasto privado através de plano de seguro – em detrimento da forma tradicional, o desembolso direto. Este fato tem uma significância crucial à medida que considerarmos que, mesmo num país de elevada renda média como os Estados Unidos, o setor saúde encontraria sérios problemas de incompatibilidade oferta/demanda e de sustentabilidade dinâmica das suas margens desejadas de lucro, caso não surgissem inovações nos esquemas de financiamento que desvinculassem o crescimento do gasto do potencial individual de desembolso.

Para que se esclareça mais este aspecto, é fundamental o acréscimo de mais algumas informações sobre o esquema de financiamento a partir do seguro privado. Os contratos de seguro firmados individualmente alcançavam em 1980 apenas 10% do total dos prêmios de seguro, ficando o restante, cerca de 90%, por conta dos planos de seguro de grupo providos nos respectivos locais de trabalho. Por sua vez, o empregador, largamente subsidiado pelo Estado, tem aumentado continuamente a sua participação no custo do seguro de saúde dos seus empregados. Segundo informa Mark Pauly:

> "Employer contributions furnish most of the premium payments for group insurance. In 1980, 97 percent of employee participants covered by an employment related insurance plan received employer contributions of more than half of the plan cost, and the employer paid the full cost for 84 percent of participants; for dependents, employers paid the full premium for 60 percent of participants. The employer's share has been rising over time as well" [Pauly (1986, p. 635)].

Retornando ao ponto: um esquema de financiamento privado baseado em planos de seguro de grupo que envolvem amplos setores de trabalhadores das grandes e médias empresas e que são preponderantemente custeados pelas empresas descola, pelo menos parcialmente, a capacidade de demanda destes planos de saúde do nível e estrutura de distribuição de renda do país em consideração. Obviamente, este esquema de financiamento apenas se sustenta, como já foi indicado, devido ao amplo aporte de subsídios estatais a este tipo de gasto empresarial o que faz com que o repasse destes custos aos preços seja bastante reduzido, não interferindo, portanto, de maneira significativa, na capacidade competitiva das empresas.

A proposição central deste artigo de que os Estados Unidos estaria se impondo como a referência paradigmática básica para a análise estrutural do sistema de saúde brasileiro estaria substanciada em três notórias evidências: *a*) composição, do ponto de vista do financiamento do gasto, público/privado da oferta dos serviços de saúde; *b*) caracterização das clientelas que circundam os subsistemas referidos; *c*) nas formas de financiamento emergentes (planos de seguro individuais ou de grupo) que garantem o dinamismo e a autonomia do setor privado.

II
BRASIL: DIAGNÓSTICOS, REFORMA E TENDÊNCIAS

II.1 – Situação nos Anos 70

A literatura crítica sobre a evolução do sistema de saúde brasileiro pós-64 chegou a um avassalador consenso a respeito da natureza da política governamental e de seus efeitos na estruturação dos serviços. Segundo inúmeros autores, a política de saúde esteve basicamente orientada para a assistência médico-hospitalar em detrimento da medicina preventiva. Dentro do modelo médico assistencial privilegiou-se a subcontratação de serviços por produtores privados (lucrativos, filantrópicos, médicos credenciados etc.), cuja participação na oferta cresceu continuamente até o final da década de 70, comprimindo a participação dos agentes públicos tanto no atendimento ambulatorial quanto no hospitalar, embora mais naquele do que neste.

A ênfase na opção privatista se manifestou de diversas formas na política do INPS e, após 1978, do Inamps, mas produziu, segundo esta interpretação, um resultado inequívoco: o fortalecimento do setor privado. Para este fenômeno concorreu também outro fator, que foi a orientação para os agentes privados das linhas de financiamento à saúde do FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social. Braga e Goes de Paula (1986) mostram que, em 1977, 80% do valor dos financiamentos aprovados para a área da saúde destinou-se ao setor privado, sendo que parte significativa das propostas (um terço) foram enquadradas nas faixas de custo IV e V, justamente as mais subsidiadas, que obrigam o pagamento de apenas 40 e 20% da correção monetária, respectivamente, mais 6% de juros a.a.

Assim completa-se o ciclo de apoio financeiro governamental ao setor privado: os recursos da Previdência Social cobrem grande parte do custeio dos serviços, enquanto o FAS financia a expansão da rede e/ou sua modernização tecnológica. Em tal ambiente de estufa, sob condições ideais de instalação e crescimento, protegido das incertezas concorrenciais, desenvolveu-se na área de saúde um tipo de empresário bastante conhecido em outros setores da economia brasileira, cujo investimento e demanda estão intimamente vinculados à política governamental. Esta é, portanto, a origem daquilo que Mendes (1987) chamou de subsetor privado "delegado", cuja força está na sua articulação com o Estado.

Mas neste ponto residiria também sua fraqueza. Todas as propostas reformistas dos anos 80 tinham este diagnóstico como ponto de partida. E dele decorre, quase em linha reta, a conclusão de que qualquer estratégia de republicização do sistema de saúde passa pela efetivação do controle governamental sobre o setor privado, controle que teria permanecido até recentemente apenas potencial. "Há que considerar que *a situação consolidada garante atualmente ao Estado (via recursos previdenciários) o controle financeiro, mas não se passa o mesmo com a oferta de serviços*. Toda a política

de sucateamento dos serviços públicos redundou no incremento dos serviços médico-hospitalares privados que hoje mantêm o predomínio indiscutível na oferta destes serviços" [Fleury (1987, p. 110, grifos nossos)].

II.2 – Anos 80: Inovações Financeiras e Autonomização do Setor Privado

Um dos fatos que indubitavelmente marcaram com maior intensidade os anos 80 no que diz respeito ao sistema de saúde brasileiro refere-se ao surgimento e acelerada proliferação de diversas inovações financeiras viabilizadoras do acesso de amplas camadas populacionais ao subsistema privado de saúde. As duas conseqüências mais imediatas deste fato foram a reestruturação contínua do perfil das clientelas que circundam os distintos subsistemas de saúde (público e privado), bem como a ampliação da autonomia do subsistema privado na sustentação e definição do seu processo expansivo, tornando secundária a interferência direta do gasto público.

As inovações financeiras surgidas nos anos 80 aproximam sensivelmente a estrutura de financiamento dos serviços de saúde no Brasil ao referido quadro norte-americano. Pode-se citar o surgimento (ou expansão acelerada) de pelo menos três instrumentos de financiamento ao acesso privado aos serviços de saúde:

1) Planos de Saúde individualmente contratados: proliferam através da entrada contínua no mercado de grandes empresas (Golden-Cross, Amil, etc.). Estes planos, funcionando de forma securitária, permitem o acesso de amplas camadas médias da sociedade ao subsistema privado. A associação se dá de maneira individual através do pagamento de mensalidades correspondentes à cobertura de riscos e serviços previstos contratualmente.

2) Planos de Seguro de Grupo com Participação Financeira das Empresas Privadas: das três formas de financiamento aqui indicadas esta, apesar de ser a de mais recente expansão, mostra, pelo fato de envolver numa única decisão – a decisão empresarial de ofertar este benefício – a inclusão da totalidade do contingente de empregados da empresa, o maior potencial de expansão. Nos Estados Unidos esta é a forma predominante de associação à rede privada. No Brasil, esta modalidade de plano de seguro de saúde vem sendo cada vez mais ofertada nas grandes empresas oligopólicas privadas dos setores industriais e de serviços. Este fato responde inicialmente à estratégia das empresas de conceder benefícios sob a forma de salário indireto que, além de não sofrerem as taxações usuais (previdência, p. ex.), ainda são objeto de deduções fiscais. Por outro lado, esta expansão explica-se por uma maior ousadia na estratégia de mercado das empresas seguradoras que passam a ter nos convênios com empresas perspectivas de operações substancialmente mais volumosas e de maior estabilidade quando comparadas aos planos individuais. Finalmente, deve-se apontar o fato de estar se tornando cada vez mais usual, nos centros sindicais mais organizados, a incorporação na pauta de reivindicações das campanhas salariais do requerimento da efetivação por

parte das empresas de planos privados de saúde. Esta ampliação da pressão sindical, conjugada às estratégias das empresas (aumentar salários indiretos) e das empresas de medicina de grupo (fortalecimento de posições no mercado), tenderá a aumentar significativamente o potencial expansivo deste instrumento de financiamento ao acesso aos serviços privados de saúde.

3) As Caixas Próprias das Empresas Estatais: quando comparado ao caso norte-americano, este instrumento de financiamento representa uma especificidade do caso brasileiro. As Caixas Próprias das Empresas Estatais apesar de não terem surgido nos anos 80, têm se expandido nos últimos anos, deixando inclusive de ser privilégio das empresas de maior porte. Como no caso anterior, esta expansão corresponde à tendência mais geral de se ampliar benefícios aos empregados através do salário indireto. Estes esquemas de financiamento tendem a ser custeados em parte por recursos das empresas e, em parte, por descontos salariais correspondentes à participação dos empregados.

Empiricamente, ainda pouco se tem avançado no dimensionamento da configuração atual e do potencial de crescimento desta estrutura de financiamento. Certamente o conhecimento mais apurado de que fatores, principalmente os presentes na última década, propiciaram a expansão acelerada destes mecanismos financeiros de acesso ao subsistema privado de saúde permitiria que se definisse com mais precisão as possibilidades e limites para a consolidação destes esquemas. Não obstante algumas hipóteses podem ser avançadas.

Consensualmente, tende-se a indicar a insatisfatória qualidade dos serviços públicos de saúde bem como a eficiente ação estratégica das empresas envolvidas no processo (medicina de grupo, seguradoras etc.) como responsável por este surto expansivo. A firma de Consultoria Towers Perrin, que concluiu no ano de 1988 um estudo das empresas médicas, aponta o seguinte diagnóstico:

> "Os problemas que os segurados enfrentam, ao serem atendidos pelos serviços oferecidos pelo Inamps, especialmente nos grandes centros urbanos, e a conscientização crescente por parte das empresas sobre a importância de oferecer bons programas de saúde aos funcionários, são os motivos que levam o segmento que atua na assistência médica supletiva a esperar bom desempenho este ano (1988)" [J.B. (24/04/88)].

Segundo esta mesma fonte, no ano de 1987, poder-se-ia encontrar os seguintes dados referentes à população coberta e ao faturamento estimado das empresas envolvidas nas atividades de "medicina suplementar":

Estes dados de 1987 mostram a relevância desta estrutura alternativa de financiamento que cobria nesta ocasião um contingente de 22,4 milhões de pessoas, cerca de 15,9% da população brasileira, movimentando a cifra de US$ 1,85 bilhão. As empresas de medicina de grupo (com maior expressão para a Golden Cross e Amil) entre planos individuais e convênios com empresas respondiam pela maior parcela, cerca de 13 milhões de pessoas, contando para isto com 70 hospitais próprios, uma rede conveniada de 550 centros de diagnósticos e cerca de mil hospitais particulares. Segundo outra

TABELA 2

Sistema	População Coberta (Em US$)	Faturamento Estimado (Em US$)
Medicina de Grupo	13,0 milhões	1 bilhão
Cooperativa Médica	3,5 milhões	350 milhões
Autogestão	4,8 milhões	400 milhões
Plano de Administração	0,3 milhões	25 milhões
Seguro Saúde	0,8 milhões	75 milhões
Total	22,4 milhões	1,85 bilhões

FONTE: Towers, Perrin Ltda.

fonte (*Veja*, 7/12/88), as empresas de medicina de grupo teriam financiado neste mesmo ano cerca de 52 milhões de consultas, equivalente a 0,5 consulta por habitante, representando cerca de 25% das consultas produzidas com financiamento público. Entretanto, o dado que demonstra mais cabalmente o dinamismo destas empresas reflete-se na sua taxa de crescimento entre os anos de 1986 e 1987: 33%.

Mesmo que ainda preponderem os planos de saúde individuais, as empresas de medicina de grupo estão buscando ampliar a participação nos seus negócios dos convênios com empresas dos mais diferentes setores. No caso da Golden Cross, 35% do seu faturamento (1987) eram provenientes da Divisão de Assistência Médica às empresas, sendo que na Amil este indicador sobe para 50%. Como no caso norte-americano, é flagrante o crescimento da modalidade "contrato empresarial" na oferta de planos de saúde, sendo a associação do empregado ou do tipo compulsória, no caso em que a empresa custeia integralmente o plano oferecido, ou voluntária, no caso em que a empresa custeia apenas uma parcela das despesas.

As modalidades de planos ofertados pelas empresas são bastante diversificadas. A Rhodia, por exemplo, oferece três planos de assistência aos seus empregados: o básico, gratuito; o participativo, pelo qual o funcionário tem a liberdade de escolha de hospitais e médicos e só paga 40% desses custos, e o plano de reembolso, pelo qual o empregado paga 50% das despesas hospitalares. A Autolatina, de modo semelhante, adota um plano de autogestão totalmente gratuito com acesso dos empregados a uma rede hospitalar e ambulatorial credenciada. Como alternativa, a Autolatina oferece dois planos onde o funcionário paga dois terços do valor da consulta e tem direito a consulta com médico de sua escolha e internação hospitalar em apartamento particular. Ou seja, o que tende a ser predominante, é a oferta, pelas empresas, de um plano básico gratuito com algumas extensões custeadas através de regime de co-financiamento.

Muitas são as conseqüências produzidas pela consolidação destas modalidades de financiamento do acesso ao setor privado de saúde. Dentre elas interessa-nos destacar o rompimento do padrão explicativo, vigente no diag-

nóstico do movimento sanitarista, a respeito da dinâmica de expansão da oferta de serviços privados próprio ao contexto dos anos 70. Neste sentido, a disseminação destes mecanismos de financiamento garante uma "alavancagem de demanda" que vem reduzindo continuamente a centralidade do gasto público como elemento de sustentação financeira do subsistema privado de saúde.

Em um contexto de crescente complexidade tecnológica, aumento dos custos operacionais e, portanto, elevação dos preços para os demandantes finais, o crescimento do subsistema privado esteve fortemente apoiado no surgimento de mecanismos de financiamento que potencializaram consideravelmente a capacidade de gasto das camadas populacionais médias. No caso norte-americano, a alavancagem de demanda para o setor privado se deu através da intermediação de formas de financiamento que tornaram secundária a capacidade de desembolso dos consumidores individuais dos serviços de saúde. No Brasil, com um nível de renda inferior e uma estrutura de distribuição acentuadamente mais-concentrada seria inconcebível a autonomização financeira do setor privado caso tais instrumentos não se consolidassem, permitindo a compatibilização entre a estrutura emergente da oferta de serviços e a capacidade de gasto direto de amplos setores populacionais.

Obviamente, as formas de financiamento mencionadas logo acima possibilitam o acesso a esquemas privados de atendimento de saúde – principalmente aos procedimentos cirúrgicos/hospitalares – de vários segmentos da sociedade que de outra maneira teriam que recorrer necessariamente aos esquemas públicos de atendimento. Por um lado, as camadas médias da população passam a recorrer em escala cada vez maior a esquemas privados de seguro, buscando o setor público apenas para a prestação de alguns serviços de alto custo e densidade tecnológica não custeados pelos planos de seguro mais acessíveis.

Por outro, a totalidade do quadro de funcionários das empresas públicas e privadas que oferecem, direta ou indiretamente, serviços de saúde passa a estar apta a utilizar o setor privado. Deve-se salientar que neste caso o acesso à rede privada deixa de estar condicionado a qualquer restrição orçamentária individual – como no caso da contratação do seguro-saúde –, passando a ser a condição de funcionário da empresa (ou dependente) suficiente para a concessão do referido direito. Desta maneira, não apenas os setores médios estão sendo atingidos pelos novos esquemas de financiamento, como também os setores de mais baixa renda, situados nas posições inferiores das estruturas hierárquicas das grandes empresas públicas e privadas. De alguma maneira este mecanismo repõe os primórdios do sistema de acesso coletivo aos serviços de saúde no Brasil, as Caixas de Aposentadoria e Pensão, onde os benefícios auferidos pelos trabalhadores estavam numa relação direta à expressão econômica das empresas às quais se achavam vinculados.

Assim, percebe-se claramente a conformação tendencial do sistema de saúde brasileiro, onde cada vez mais seus dois espaços componentes – público e privado – se autonomizam em termos financeiros, lógica de expansão e

articulação com as clientelas demandantes. Este fato, que aparece como uma nítida aproximação paradigmática do caso brasileiro ao norte-americano, exige que se repense mais substancialmente o sentido da reforma sanitária brasileira, principalmente nas suas vertentes de universalização e participação da sociedade civil. Em última instância, estas tendências apontadas para o setor de saúde fornecem importantes referências para se reavaliar os próprios caminhos do "Welfare State" brasileiro neste momento crucial onde a alternativa de "universalização" está sendo contraposta a seu passado corporativo.

III
A UNIVERSALIZAÇÃO EXCLUDENTE

O sistema público de saúde no Brasil possui uma trajetória de desenvolvimento basicamente atrelada ao crescimento da Previdência Social. Este sistema passou por sua vez por um constante processo de universalização (vista aqui como uma ampliação permanente da abrangência dos setores beneficiados) que consistiu nos seguintes passos:

1) Constituição das CAP, Caixas de Aposentadorias e Pensões, definidas pela Lei Eloy Chaves (1923), que previa um esquema de financiamento tripartite com participações dos empregadores, empregados e Estado. Estas organizações beneficiavam trabalhadores enquanto empregados de uma empresa que possuísse esta espécie de organização de proteção social.

2) Criação dos IAP, Institutos de Aposentadorias e Pensões, nos mesmos moldes das CAP, agora beneficiando categorias profissionais inteiras. Portanto a condição para se obter o benefício deixava de ser a de empregado de uma determinada empresa e passava a ser a de integrante de algumas categorias profissionais mais estruturadas e significativas no contexto nacional. O importante a se perceber aqui é que este pequeno passo no processo de universalização dos benefícios (de empresa a categoria) consumiu o longo período de 1933 – ano de criação do primeiro IAP, o dos marítimos – até 1953 quando as caixas dos ferroviários foram unificadas na Capfesp. Durante todo este tempo conviveram as duas formas de organizações previdenciárias.

Os benefícios auferidos por cada categoria passavam então a ter uma relação direta com sua capacidade de financiamento e de articulação com o Estado, o que gerou uma intensa diferenciação na extensão e qualidade dos serviços prestados pelos diversos IAP. Se por um lado, a criação dos IPA significou a introdução de um elemento de redistributividade entre os empregados de uma mesma categoria profissional pertencentes a empresas diferentes, por outro, não existiam mecanismos redistributivos intercategorias. Isto só veio a ocorrer com a efetivação do passo seguinte do processo de universalização.

3) Em 1966, com a criação do INPS são unificados os Institutos. A partir de então estes foram dissolvidos numa mesma estrutura político-administrativa e os benefícios e serviços tornaram-se uniformes para todas as categorias profissionais. Os beneficiados passaram a ser então todos os trabalhadores que possuíssem uma relação contratual de emprego legalmente formalizada. O caráter redistributivo desta medida traduzia-se no fato de que, independentemente da expressão econômica das categorias profissionais, estas teriam igual acesso aos serviços do recém-criado INPS. Tal situação não foi aceita passivamente e houve intensas pressões em função da nítida deterioração dos serviços prestados àquelas categorias profissionais que eram dotadas de IAP de nível de eficiência superior. Pode-se concluir facilmente que diversos setores médios, diante desta ampliação do leque de beneficiários sem concomitante expansão da oferta e da conseqüente degradação dos serviços prestados, tenderam a se refugiar no sistema privado como forma de preservar a diferenciação da qualidade do seu atendimento nos níveis anteriores.

4) Na década de 70 o movimento direciona-se para a ampliação progressiva da cobertura, com a incorporação de novos e amplos setores ao universo de beneficiários, como os trabalhadores rurais, autônomos e empregadas domésticas, cuja inserção no sistema previdenciário lhes facultou o acesso aos serviços públicos de saúde.

5) Finalmente, na Nova República o sistema público de saúde foi aberto ao acesso, em sua rede própria, de toda a população, independentemente de qualquer critério ocupacional ou de aferição de rendimentos.

A universalização, consagrada como princípio constitucional em 1988, resultou da combinação da apontada tendência estrutural à absorção gradual de novos segmentos sociais com um longo esforço político do movimento sanitarista. Para este, a universalização assume um caráter francamente redistributivo, que está ligado à inclusão de grupos sociais que não contribuem, ao menos diretamente, para o financiamento do sistema. A promoção deste processo é atribuída ao Estado. Como se lê no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, o item 11 do Tema 1 – Saúde como Direito – inclui entre as responsabilidades básicas do Estado quanto ao direito à saúde "a adoção de políticas sociais e econômicas que propiciem melhores condições de vida, *sobretudo para os segmentos mais carentes da população*" e a "definição, financiamento e administração de um sistema de saúde acesso universal e igualitário" (p. 383, grifos nossos). Mais adiante, no Tema 2 – Reformulação do Sistema Nacional de Saúde – o terceiro item ganha a seguinte redação: "O novo Sistema Nacional de Saúde deverá reger-se pelos seguintes princípios: (...); b) atinentes às condições de acesso e qualidade – universal em relação à cobertura populacional *a começar pelas áreas carentes ou totalmente desassistidas*" (p. 385, grifos nossos).

Para o caso brasileiro podemos supor então um caminho de universalização radicalmente distinto do caso inglês. Neste ocorreu um processo de "universalização inclusiva" onde a afirmação do acesso à saúde como um direito social teve como contrapartida a efetiva inclusão dos beneficiários no

sistema público de saúde, inibindo a ampliação do subsistema privado. No caso brasileiro, por outro lado, podemos supor a existência de um processo de "universalização excludente", onde cada movimento de expansão universalizante do sistema é acompanhado de mecanismos de racionamento (queda na qualidade dos serviços, filas etc.) que expulsa do sistema diversos segmentos sociais.

Portanto, a universalização dos serviços públicos de saúde, no caso brasileiro, possuindo uma "velocidade" distinta daquela imposta à expansão da sua rede de serviços, resultou na entrada em operação de mecanismos clássicos de racionamento, como forma de acomodar a demanda ampliada a uma oferta em lento crescimento. Os setores menos privilegiados até mesmo por falta de opções resistem dessa forma com mais vigor a estas pressões de reacomodação do sistema enquanto os diversos outros segmentos sociais passam a buscar cada vez mais os serviços do subsistema privado.

Desta maneira, a "Universalização Excludente" assume, de modo não previsto pelos sanitaristas, pela via do racionamento, uma função redistributiva. Para estes, a universalização é, como no paradigma inglês, uma norma inclusive. Para o caso brasileiro, onde um sistema público de saúde restrito convive com um significativo subsistema privado, propor a universalização de acordo com o modelo inglês seria inviabilizar a possibilidade de o Estado atuar redistributivamente, garantindo seus serviços aos setores incapazes de obtê-los por mecanismos de mercado.

Portanto, a Universalização no caso brasileiro, dadas as suas especificidades parece estar assumindo a função, não de incluir efetivamente todos os segmentos sociais na alçada do atendimento público de saúde, mas de garantir o atendimento aos setores mais carentes e resistentes aos mecanismos de racionamento. Com esta caracterização específica do processo de universalização, ou seja, excluindo para o subsistema privado os segmentos médios em diante, abre-se um espaço para que o Estado se capacite a atender mais eficientemente os setores sociais que continuaram possuindo no subsistema público o seu referencial básico de assistência.

À óbvia e inevitável possibilidade de congestionamento da rede de serviços resultante da suspensão integral das barreiras ao acesso não passou despercebida dos novos gestores da rede pública. Assim é que Hésio Cordeiro, em seu discurso de posse na Presidência do Inamps, logo após anunciar ser "necessário assegurar o acesso ao atendimento da população dos grandes centros urbanos, da periferia, das áreas metropolitanas e das áreas rurais, principalmente as famílias mais pobres, aquelas que vivem nos bolsões da miséria", rapidamente ajunta: "aos trabalhadores urbanos dos ramos da produção e dos serviços, asseguramos que esta política, que busca a eqüidade do direito à saúde, não comprometerá seu atendimento" ("O Inamps na Nova República", *in* IMS, 1988, p. 17).

Em resumo: a universalização, no caso brasileiro, torna-se eficiente para efetivar o direito social à saúde não por incluir sobre sua responsabilidade, como subentende-se da formulação sanitarista, a totalidade da população

(paradigma inglês), mas por torná-lo apto, tendo-se em vista a limitação da sua oferta potencial de serviços, a atender os setores sociais de menor poder aquisitivo.

Desta maneira, a universalização tem operado como elemento de qualificação de grupos sociais (sob o rótulo de cidadãos) que em sua ausência não poderiam ser discriminados a fim de serem beneficiados pelo sistema público de saúde. Ou seja, a universalização plena resolve o problema de não mais se necessitar qualificar o indivíduo para que ele possa ter acesso ao serviço público. O restante, ou seja, quem efetivamente vai ter acesso, os mecanismos de racionamento resolvem.

A "universalização excludente" pôde alcançar na prática a sua função redistributiva à medida que a resistência que os grupos "de cima" poderiam opor à atenuação das barreiras à entrada no sistema são contornadas pela viabilização do acesso destes segmentos ao subsistema privado de saúde. Estes segmentos reduzem cada vez mais suas expectativas quanto ao atendimento público, passando a ter como referencial efetivo o subsistema privado. É neste momento que o sistema finalmente se acomoda: a expulsão provocada pelo racionamento no subsistema público é contrarrestada pela absorção destes segmentos no subsistema privado.

Como no caso norte-americano, foi necessário que surgissem mecanismos que viabilizassem o acesso amplo dos "setores expulsos" ao subsistema privado. Sendo assim, no Brasil, a estruturação recente do subsistema privado nos moldes descritos no item anterior encarregou-se exatamente de viabilizar em larga escala este acesso, reduzindo pressões e dando consistência orgânica a articulação global da oferta de serviços de saúde no País.

A possibilidade de sustentação deste arranjo estrutural, por sua vez, correlaciona-se diretamente com as conjugações políticas de interesses em torno das várias dimensões do sistema, definindo marchas e contramarchas na sua estabilidade. Sobre isto, tratará o próximo ponto.

IV
A QUESTÃO DA PARTICIPAÇÃO E O FUTURO DO SISTEMA

Se a proliferação das inovações financeiras, viabilizando o acesso de diversos setores sociais ao oneroso subsistema privado de saúde, possibilita, por um lado, a acomodação do sistema com a conseqüente abertura de espaço para o atendimento dos setores recém-incorporados pela universalização, por outro, reduz o espectro político de interesses em torno da defesa do sistema público de saúde.

A proposição central é a de que setores sociais médios e os empregados (e seus dependentes) das grandes empresas privadas e estatais estariam deixando de considerar o sistema público de saúde o seu referencial efetivo de atendimento. Desta maneira, perder-se-ia, em termos de composição política

na defesa das melhorias e ampliação do setor público de saúde, a capacidade de formação de opinião pública dos setores médios e o potencial mobilizador dos grandes sindicatos de trabalhadores situados nos setores econômicos oligopolizados dos grandes centros urbanos.

A gradual exclusão destes setores da esfera pública dos serviços de saúde explica parcialmente a inexistência de pressões corporativas no contexto político de aprovação do princípio da universalização durante o funcionamento da Assembléia Nacional Constituinte. Estes segmentos sociais já investem parte do seu potencial mobilizador no sentido de garantir um maior controle nas decisões das empresas de medicina de grupo (reajustes de mensalidades, cobertura dos planos etc.) ou na ampliação dos benefícios diretamente concedidos pelas empresas.

A socióloga Sonia Fleury, em recente depoimento à revista *Veja* (7/12/88), afirma:

> "As empresas (medicina de grupo) colocam todo o empenho nessa área e fazem uma filtragem tentando bloquear de todo a forma que seus clientes cheguem a necessitar de tratamentos secundários mais dispendiosos e sofisticados".

A esta declaração, esta publicação adenda:

> "Ela (Sonia Fleury) não vê futuro nos convênios e acha que a única saída para os usuários é exigir a melhoria da rede pública e saber utilizá-la melhor" (Veja, 7/12/88).

O ex-Ministro da Saúde, Borges da Silveira, também compartilha desta expectativa. Segundo ele a clientela das empresas de medicina de grupo tende a diminuir, acompanhando a melhoria da rede pública. Segundo sua declaração:

> "É como na educação, as pessoas só procuraram as escolas particulares quando o ensino público de qualidade entrou em colapso" (Veja, 7/12/88).

Há que se reconhecer que a solidariedade dos setores sociais "excluídos" com o sistema público não se rompe completamente posto que a oferta de procedimentos de alta especialidade e custo tecnológico ainda continua concentrado basicamente na esfera pública. Entretanto, segundo o consenso admite, que o recuo do subsistema privado estaria condicionado à melhoria na oferta de serviços da rede pública. E aí reside o problema: existe a evidente possibilidade de se instaurar um círculo vicioso onde a insatisfação com os serviços públicos expulsaria cada vez mais setores politicamente dinâmicos do contexto reivindicatório por esta melhoria de serviços (públicos), enfraquecendo continuamente o sistema.

Desta maneira, a universalização, sendo adotada numa conjuntura de redução dos gastos públicos de custeio e investimento, tenderia apenas a consolidar o processo de expulsão dos segmentos sociais indicados que não se submeteriam aos mecanismos de racionamento existentes. Ou seja, a continuar este processo de universalização onde o crescimento da abrangência de clientelas não é acompanhada de um proporcional crescimento da rede e dos gastos públicos, a expansão dos esquemas de financiamento ao acesso ao subsistema privado será inexorável. A reversão deste mecanismo estará politicamente inviabilizada (ou dificultada) no momento em que inexistir possi-

bilidades de alianças políticas sólidas em defesa do subsistema público. Entende-se, assim, porque a universalização da maneira como está sendo conduzida poderá resultar na consolidação das atuais tendências do sistema de saúde brasileiro anteriormente apontadas.

V
O SETOR SAÚDE E OS CAMINHOS DO *WELFARE STATE* BRASILEIRO

Ao longo deste texto constatou-se a proximidade estrutural tendencial do sistema brasileiro quando contraposto ao norte-americano tanto na composição público-privado com suas respectivas clientelas, como nos mecanismos de compatibilização oferta/demanda de serviços desenvolvidos em ambos os casos analisados. A proximidade dos casos apresenta-se também na endogeneização e autonomização da lógica de expansão do subsistema privado de saúde, fato este permeado por diversos elementos de ordem política e institucional que estão tornando este processo relativamente não conflitivo.

A universalização do sistema público de saúde, por sua vez, se constitui, dentro do aparelho Estatal de Seguridade Social brasileiro, na primeira experiência de grandes proporções no sentido de se romper com a tradição corporativa proveniente da sua formação e ingressar numa tradição de ação social do Estado de amplo reconhecimento do direito de cidadania. Por este motivo, a discussão dos caminhos tendenciais do setor saúde ultrapassa os seus limites particulares, extrapolando para a discussão das tendências do próprio sistema de seguridade social brasileiro quando contraposto ao objetivo "universalização".

A tensão básica reflete-se na efetivação prática do conceito de universalização que, resguardando o mais amplo nível de abrangência, pode tornar-se, na prática, num potente mecanismo de redistribuição seletiva de serviços e benefícios provenientes das políticas sociais do Estado. Ou seja, a universalização definiria a ruptura do sistema de proteção social brasileiro com o seu passado relacionado aos interesses corporativos, mas, por outro lado, seria efetivamente negada ao reconhecer a necessidade da ação seletiva do Estado.

Em outros termos: independentemente dos trâmites e conflitos políticos envolvidos nas mudanças das políticas estatais em relação ao setor saúde, o resultado terá que reconhecer realidades estruturais básicas da sociedade brasileira que a diferenciam significativamente de outros contextos onde a ação universalizante garantiu um padrão de ampla cobertura socialmente indiferenciada. A "pesada" desigualdade social, a crise financeira do Estado, bem com a existência de um sólido setor privado de oferta de serviços relativamente autonomizado e apoiado pelo surgimento de diversas inovações financeiras capacitadoras do acesso de amplos segmentos a estes serviços, são, entre outros fatores, elementos estruturais e conjunturais que definem caminhos e especificidades do sistema de proteção social brasileiro neste momento crucial de ruptura.

Numa terminologia mais precisa [cf. Aureliano e Draibe (1989)], pode-se afirmar que este momento de ruptura com o padrão corporativo das políticas sociais coloca duas perspectivas sobre as quais se deve concentrar atenções. Apresenta-se aqui a hipótese de que a "vontade política" dos reformadores do aparelho estatal no que se refere a sua ação social estaria voltada para a transformação deste num modelo essencialmente "Institucional-Redistributivo". Alternativamente, e aí reflete-se a tensão presente, o modelo, dados os fatores restritivos mencionados logo acima, estaria se voltando para um padrão de intervenção "Residual" como ilustrado pelo caso do setor saúde.

O modelo Institucional-Redistributivo, segundo Draibe e Aureliano, "concebe o sistema de *Welfare* como elemento importante e constitutivo das sociedades contemporâneas, voltado para a produção e distribuição de bens e serviços sociais 'extramercado', os quais são garantidos a todos os cidadãos *universalmente cobertos e protegidos*. Respeitando mínimos historicamente definidos de necessidades e condições de vida, tal sistema tende à instituição da renda mínima e dos mecanismos de integração de renda, assim como a constituição de sistemas públicos gratuitos na prestação de serviços essenciais, em particular os de saúde. Internamente, em geral, contém mecanismos redistributivos de renda e recursos. Países escandinavos e Inglaterra exemplificaram esse modelo que supõe a incapacidade do mercado de realizar, por si próprio uma alocação de recursos tal que elimine a pobreza, atual ou futura" [Aureliano e Draibe (1989, p 115), grifos nossos].

Por sua vez, o Modelo Residual pressupõe uma ação estatal "*ex post* quando os canais 'naturais' e 'tradicionais' de satisfação de necessidades (família, rede de parentesco, mercado) não estão em condições de resolver determinadas exigências do indivíduo: a intervenção possui, então, o caráter temporalmente limitado e deve cessar com a eliminação da emergência social. As experiências inglesas das Leis dos Pobres devem constituir, para Titmus, a base desse modelo. *Contemporaneamente, residual e seletivo (porque dirigido a grupos particulares de indivíduos, dotados de características específicas), parece ser, para o autor, o Welfare State nos Estados Unidos*" [Aureliano e Draibe (1989, p. 114), grifos nossos].

Em resumo, a tensão reflete-se nas alternativas possíveis para o *Welfare State* brasileiro, a partir do seu salto universalizante, entre o caminho Residual, caracterizado essencialmente pela seletividade das políticas, e o Institucional-Redistributivo "substancialmente universalista-igualitário". Esta tensão encontra-se inclusive presente no atual texto Constitucional no artigo referente à definição dos objetivos da seguridade social. O parágrafo único componente do artigo 194 da nova Constituição prescreve:

"Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

I – universalidade da cobertura e atendimento; (...)

III – seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços."

De alguma maneira, o ideal "universalizante-igualitário" (item I) está sempre relativizado por alguma consideração de caráter seletivo (item III). Esta dualidade reflete a ambigüidade do ideal "universalizante-igualitário" de ação estatal, pensado para sociedades de base distributiva relativamente homogênea, quando transplantado para uma sociedade de profunda e estrutural desigualdade social, num contexto de acentuadas restrições orçamentárias por conta da crise fiscal do Estado.

A análise das tendências do setor saúde mostra, mesmo que ainda preliminarmente, que o direito universal de acesso aos benefícios das políticas sociais oscila entre a intenção de colocar o *Welfare State* brasileiro no molde Institucional-Redistributivo e uma tendência estrutural que o encaminha para o padrão Residual, com uma circunscrição da clientela-alvo, mesmo que para isto não haja nenhuma reformulação no quadro legal estabelecido.

Considerações sobre critérios de justiça social provenientes da consolidação de algum dos caminhos alternativos mencionados para o *Welfare State* brasileiro deverão, a partir desta reflexão, ser objeto de uma mais apurada discussão. Para isto, faz-se necessário referenciar de forma comparada o "quadro estrutural" brasileiro (sócio-econômico e político-decisório) em relação às experiências internacionais paradigmáticas relativas à especificidade de cada alternativa colocada. A análise das tendências de outros setores da política social brasileira, principalmente o previdenciário, poderia ser de ampla serventia para um mais amplo dimensionamento do problema em foco.

BIBLIOGRAFIA

AURELIANO, Liana, e DRAIBE, Sonia Mirian. A especificidade do "welfare state" brasileiro. *Economia e desenvolvimento*, 3. Brasília, Cepal, 1989.

BLENDON, Robert J. The problems of cost, access, and distribution of medical care. *Daedalus*, 1987.

BRAGA, José Carlos, e GÓES DE PAULA, Sérgio. *Saúde e previdência – estudos de política social*. São Paulo, Hucitec, 1986.

FLEURY, Sonia Maria. Cidadania, direitos sociais e estado. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1987.

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL/UERJ. *Cadernos do IMS*. Rio de Janeiro, *II*(1), abr./maio 1988.

MARSHALL, T. H. *Social policy in the twentieth century*. London, Hutchinson & Co., 1975.

MEDICI, André César, e SILVA, Pedro Luiz Barros. Alternativas do financiamento da atenção à saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1987.

MENDES, Eugênio Vilaça. Reordenamento do sistema nacional de saúde: visão geral. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1987.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1987.

PAULY, Mark V. Taxation, health insurance, and market failure in medical economy. *Journal of Economic Literature, XXIV*, 1986.

REYNOLDS, Larry R. The delivery of medical care and Institutional change. *Journal of Economic Issues, XXIII*(1), 1989.

SILVA, Pedro Luiz Barros. *Atenção à saúde como política governamental*. Campinas, IFCH/Unicamp, 1984 (Dissertação de Mestrado).

VIANNA, Cid M. Mello. O Inamps e o setor prestador de serviços médicos. In: FIORI, José Luís, coord. *Diagnóstico de alguns obstáculos a uma ação planejada do Inamps*. Relatório final de pesquisa do convênio IEI/Inamps/Finep. Rio de Janeiro, 1987.