



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL
DO TRÓPICO ÚMIDO**

FAUZE ACHCAR CHELALA

**SAÚDE SUPLEMENTAR: UM ESTUDO DA AMPLIAÇÃO DOS
PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE NA REGIÃO METROPOLITANA DE
BELÉM.**

**Belém
2012**

FAUZE ACHCAR CHELALA

**SAÚDE SUPLEMENTAR: UM ESTUDO DA AMPLIAÇÃO DOS
PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE NA REGIÃO METROPOLITANA DE
BELÉM.**

Dissertação apresentada para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Sustentável, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará. Orientadora: Profª Drª Adriana Azevedo Mathis.

Belém
2012

Dados Internacionais de Catalogação de publicação (CIP)
(Biblioteca do NAEA/UFPA)

Chelala, Fauze Achcar

Saúde suplementar: um estudo da ampliação dos planos e seguros de saúde na região metropolitana de Belém / Fauze Achcar Chelala ; orientadora Adriana Azevedo Mathis. – 2012.

195 p.: il.; 30 cm

Inclui Bibliografias

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido, Belém, 2012.

1. Seguro – saúde – Belém (PA). 2. Saúde – Planejamento – Belém (PA). 3. Saúde – Administração – Belém (PA). 4. Política de saúde – Belém (PA). I. Mathis, Adriana Azevedo, Orientadora. II. Título.

CDD: 21. ed. 368.3820098115

FAUZE ACHCAR CHELALA

**SAÚDE SUPLEMENTAR: UM ESTUDO DA AMPLIAÇÃO DOS
PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE NA REGIÃO METROPOLITANA DE
BELÉM.**

Dissertação apresentada para a obtenção do título de
Mestre em Desenvolvimento Sustentável, Núcleo de
Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do
Pará. Orientadora: Profa. Dra. Adriana Azevedo Mathis.

Aprovado em: _____

Banca examinadora:

Profª Drª Adriana Azevedo Mathis
Orientadora – NAEA/UFPA.

Profº Dr. Saint-Clair Cordeiro da Trindade Júnior
Examinador – NAEA/UFPA

Profª Drª Sara Granemann
Examinadora externa – ESS/UFRJ.

Resultado: _____

Belém
2012

*À Lene, esposa, camarada, amiga, companheira
e muito, muito mais...
Ao Joseph, meu filho e meu melhor amigo.*

AGRADECIMENTOS

À Rosilene Chelala, minha esposa, camarada, amiga, companheira de tudo e de todas as horas. Não há como expressar em palavras o que ela significa em minha vida.

Ao meu filho, Joseph Chelala, pelo apoio e estímulo que me deu, como só o melhor amigo sabe dar.

À minha mãe, Eunice Chelala, que me mostrou por seu exemplo de vida e pela liberdade proporcionada em minha formação, a possibilidade de ver e conhecer o mundo muito mais próximo do que ele é.

Ao meu irmão, Charles Chelala, por ser um exemplo para mim de determinação, de coerência e de alegria frente à vida. Ele sabe que devo a ele, em grande parte, ser o que sou hoje, em todos os sentidos. E, claro, pelas contribuições ao trabalho.

À minha orientadora Adriana Azevedo Mathis, pela paciência, determinação, coerência teórica e pela persistência comigo, impedindo ou corrigindo meus desvios, me mantendo (ou pelo menos tentando) no caminho justo que adotamos.

Ao Carlos e à Regina, pelo impulso inicial, entre tantas outras coisas, sem as quais eu não teria enveredado nessa e em outras empreitadas.

A Augusto Pina, pelos conselhos, a atenção, o estímulo e as contribuições, fundamentais para a elaboração desse trabalho.

Aos meus muito mais que amigos Dickson, Gilson, Maria Helena e Tibério pelo apoio direto e indireto à esse trabalho. Aos meus outros também mais que amigos Ariane, Claudio, Fernando, Marcelo, Márcia, Rodrigo, Rosa, Túlio, Uislan, entre outros, sem os quais, em todos os sentidos, eu não estaria aqui.

Aos meus colegas do Núcleo da ANS em Belém (incluindo os que já se mudaram), Alexandre, Andrey (camarada daqueles em quem se pode confiar totalmente), Daniele (que, além das orientações, segurou a barra nos momentos cruciais da pesquisa), Eliana (e seu enorme carinho comigo), Fábio, Francisco, Jackeline, Jacqueline (seu apoio foi fundamental), Joelma, Juliana, Lissandra, Marcelo, Paula (com quem pude travar profundas e importantes discussões), Renata, Samir, Suely, Thiago (com sua capacidade de ouvir e criticar no ponto certo), Uender (cujo apoio, inesquecível, garantiu que eu pudesse cursar esse mestrado) e Vera (por todas as orientações e conversas frutíferas, extremamente úteis, e que são parte dessa dissertação). Por tudo em que me ajudaram nesse período, não tenho palavras para dizer como sou grato a vocês.

Aos meus colegas da ANS sede: Carlos Lima, Berenice e a equipe do GERH (pelo enorme apoio que tive), Dr. Eduardo e Dr. Dalton (pelo apoio e incentivo fundamentais), Roseli e Djair (pelo auxílio que sempre me dispensaram), Iara Souza (competente, sempre pronta a ajudar, fundamental no desenvolvimento dessa pesquisa), à equipe do CODPT (prestativa, competente e ágil), enfim, a todos meus colegas da Agência (e devo estar me esquecendo de alguns) cujo apoio foi decisivo para a realização desse mestrado.

À Profa. Dra. Maria de Fátima Siliansky Andreatzi, por seu estímulo e apoio, decisivos para iniciar a jornada desse mestrado.

Ao Prof. Dr. Armando Lírio de Souza, pelas precisas indicações na elaboração do projeto e durante a pesquisa.

Ao Herrera e Nelivaldo, camaradas da Transamazônica, a quem devo o estímulo para retornar à academia, principalmente pelo exemplo que me deram.

A todos meus colegas da turma de mestrado (2010), em especial àqueles com quem mais convivi e, até por isso, mais tiverem que me aturar: Brenda, Fabíola, Luciano, Luis, Mateus, Rosa e Tatiane.

Aos professores de minha banca de qualificação, doutores Marília Emmi e Armin Mathis, que com suas críticas ao projeto, possibilitaram-no tornar-se muito melhor do que seria.

A todos os professores, servidores, estagiários e colaboradores do NAEA, pelo muito que aprendi nesse dois intensos anos do mestrado. Há um pouco de cada um deles nessa dissertação.

Finalmente, a todos os que, de uma forma ou de outra, contribuíram para que esse trabalho chegasse ao fim.

Não há estrada já aberta para a ciência e só aqueles que não temem a fadiga de galgar suas escarpas abruptas é que tem a chance de chegar a seus cimos luminosos (Marx, 1983a, v. I, p. 23).

RESUMO

A presente dissertação integra a problemática da relação entre saúde, mais especificamente saúde suplementar (planos e seguros de saúde), e a reprodução do modo de produção capitalista. Partindo do referencial teórico-metodológico do materialismo histórico, analisa a expansão dos planos e seguros de saúde, com foco na Região Metropolitana de Belém (RMB), nos anos 2000. Sustentando essa análise, apresenta as características principais da nova Divisão Internacional do Trabalho a partir da crise dos anos 1970 e seus desdobramentos na formação econômico-social brasileira. Analisa a crise constante, crônica, do capitalismo contemporâneo, e demonstra como a compreensão de que o excesso de capital, oriundo da crise de 1974, em conjunto com as mudanças na divisão internacional do trabalho e na economia brasileira, são fenômenos fundamentais para compreender a ampliação e o novo perfil assumido pelo setor suplementar dos serviços de saúde no Brasil e na RMB. Para isso, retoma e apresenta os conceitos de Estado, imperialismo, crise do capitalismo, supercapitalização, entre outros. Expõe também o desenvolvimento dos serviços de saúde no Brasil, em uma perspectiva histórica, demonstrando as transformações na oferta dos serviços de saúde, públicos ou privados, sempre na perspectiva da relação existente entre a reprodução do capital na formação brasileira e a análise da reprodução do capital no setor de serviços em saúde, especificamente, destacando o surgimento e expansão dos planos e seguros de saúde. Com esses pressupostos, apresenta as características centrais da saúde suplementar na RMB, a partir de quatro dimensões: os usuários, a conformação específica dos planos de saúde na região, as operadoras de planos na RMB e a distribuição da força de trabalho no setor. Destaca ainda as determinações principais, gerais e específicas, da expansão desse mercado na RMB e algumas prováveis tendências ao seu desenvolvimento.

Palavras-chaves: Saúde. Saúde suplementar. Planos e seguros de saúde. Região Metropolitana de Belém.

ABSTRACT

This study is a discussion about the relationship between health and reproduction of the capitalist mode of production, focusing on supplemental health (health insurance plans). Using the Historical Materialism as theoretical and methodological framework, we analyzed the expansion of health insurance plans on the Metropolitan Region of Belém (MRB) - Pará State, Brazil - at the 2000s. To start this analysis, we present the characteristics of the new International Division of Labor since the 1970s crisis and its impact and developments in the Brazilian social-economic formation. This study analyzes the constant and chronic crisis of contemporary capitalism, and demonstrates how an understanding about the excess of capital (arising from the 1974 crisis) associated to changes in international division of labor in the Brazilian economy are key events to understanding the expansion and the new profile assumed by the supplemental sector of health services in Brazil and in MRB. For this reason, the study revives and introduces the concepts of State, Imperialism, capitalism crisis, overcapitalization, among others. It also exposes the development of health services in Brazil using a historical perspective, showing the changes in the provision of health services, public or private, always from the perspective of the relationship between the reproduction of capital in the Brazilian social-economic formation and the analysis of reproduction of capital in the health services sector, highlighting the emergence and expansion plans and health insurance. With these assumptions, we present the core features of the health insurance in the MRB from four dimensions: the users, the specific conformation of health insurance plans, the plan operators and the distribution of workforce in the sector. And also highlights the main determinations, both general and specific, of the expansion and some likely trends for development of this market in MRB.

Keywords: Health. Supplemental health. Health insurance plans. Metropolitan Region of Belém.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1- Índice do Rendimento Médio Real dos Ocupados na Indústria (Região Metropolitana de São Paulo) e Produtividade. Brasil – 1989 a 2008.....	111
Mapa 1- Região Metropolitana de Belém.....	126
Gráfico 2- População residente na RMB (mil pessoas) com cobertura de planos de saúde por faixa de renda em 1998, 2003 e 2008.....	142
Gráfico 3- População residente na Região Metropolitana de Belém com cobertura de plano de saúde por grupos de idade. 1998, 2003 e 2008.....	150
Gráfico 4- Número de beneficiários na Região Metropolitana de Belém em dez.2010, por faixa etária para reajustes.	150
Gráfico 5- Distribuição percentual dos usuários de planos individuais/ familiares e coletivos (empresarias ou por adesão) no Brasil, Região Metropolitana de Belém (RMB) e Região Metropolitana de Manaus (RMM). Períodos selecionados (mar.2000, dez.2005 e dez.2010).....	157
Gráfico 6- Usuários de planos/seguros de saúde de empresas de assistência médica por modalidade de contratação na Região Metropolitana de Belém. Períodos seccionados (dez.2000 a dez.2010).....	160
Gráfico 7- Evolução percentual das receitas de contraprestações da OPS Unimed de Belém e de outras OPS com sede na RMB. 2001 a 2010.....	172
Gráfico 8- Índice de reclamações da OPS Unimed de Belém e de outras OPS do mesmo porte. Nov/2010 a abr/2011.	174

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Estimativa de crescimento global do mercado de seguros privados de saúde no Brasil. Anos selecionados.....	108
Tabela 2- Evolução do número de usuários de planos e seguros de saúde no Brasil. Dezembro de 2000 a dezembro de 2009. Anos selecionados.....	114
Tabela 3- Evolução da população residente na Região Metropolitana de Belém.....	126
Tabela 4- Evolução do Produto Interno Bruto – PIB, a preços correntes (mil reais). Valores agregados para a RMB.....	129
Tabela 5- Evolução e distribuição do PIB da RMB por subsetor de atividade econômica (agropecuária, indústria, serviços e impostos).....	130
Tabela 6- Operadoras segundo a modalidade com registro ativo na ANS – Julho de 2011.	132
Tabela 7- Número de beneficiários no Brasil e na Região Metropolitana de Belém (RMB), no período entre dezembro de 2000 e dezembro de 2010.....	135
Tabela 8- População residente por cobertura de planos de saúde.....	136
Tabela 9- População residente (1.000 pessoas) por cobertura de planos de saúde na RMB (1998, 2003 e 2008).	137
Tabela 10- População residente da RMB por cobertura de planos de saúde e faixas de renda.	140
Tabela 11- Pessoas que procuraram atendimento de saúde com cobertura ou não de planos, pela forma do atendimento (pagamento ou SUS) em 2003 e 2008.....	143
Tabela 12- Despesas monetárias e não monetárias. Média mensal familiar por faixas de rendimento total e variação patrimonial mensal familiar por tipo de despesas (selecionadas). Região Metropolitana de Belém. 2008.....	146
Tabela 13- População residente na Região Metropolitana de Belém, por cobertura de plano de saúde e grupos de idade. 1998, 2003 e 2008.....	149
Tabela 14- População residente na Região Metropolitana de Belém, por cobertura de plano de saúde e autoavaliação do estado de saúde. 1998, 2003 e 2008.....	152
Tabela 15- Usuários de planos/seguros de saúde por tipo de contratação. Brasil, Região Metropolitana de Belém e Região Metropolitana de Manaus. Períodos seccionados (mar.2000, dez.2005 e dez.2010).....	156
Tabela 16- Usuários de planos/seguros de saúde por modalidade de contratação na Região Metropolitana de Belém. Períodos seccionados (dez.2000 a dez.2010).....	159

LISTA DE TABELAS

Tabela 17- Operadoras com beneficiários e registro ativo na ANS, com sede na Região Metropolitana de Belém. Julho de 2011.....	163
Tabela 18- Operadoras (independente da sede) com maior número de usuários na Região Metropolitana de Belém. Julho de 2011.....	164
Tabela 19- Receitas de contraprestações, despesas administrativas e despesas assistenciais das operadoras de planos de saúde com sede na RMB, em R\$. 2001 a 2010.	165
Tabela 20- Estabelecimentos de saúde, por financiador do serviços, no Brasil, no Pará e nos municípios da Região Metropolitana de Belém – 2009.....	170
Tabela 21- Receitas de contraprestações, despesas administrativas e despesas assistenciais da operadora Unimed de Belém Cooperativa de Trabalho Médico, em R\$. 2001 a 2010.....	171
Tabela 22- Postos de trabalho em estabelecimentos público/privado, relação com população usuária SUS/ privado e posição relativa no país.....	177

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 A NOVA DIVISÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO E A RECONFIGURAÇÃO DA FORMAÇÃO ECONÔMICO-SOCIAL BRASILEIRA	23
2.1 A NOVA DIVISÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO	23
2.1.1 O Estado	25
2.1.2 Os conceitos de imperialismo e crise	32
2.1.3 Características gerais da nova divisão internacional do trabalho	36
2.1.4 A supercapitalização	39
2.2 RECONFIGURAÇÃO DA FORMAÇÃO ECONÔMICO-SOCIAL BRASILEIRA	41
2.2.1 Os desdobramentos da nova DIT e da reconfiguração da FES brasileira na Amazônia	45
2.2.2 A contrarreforma do Estado brasileiro	48
2.2.3 A Lei dos Planos de Saúde e o surgimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS	51
3 SAÚDE E CAPITALISMO NO BRASIL. UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO ..	54
3.1 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS NA ANÁLISE DAS AÇÕES EM SAÚDE NO BRASIL	54
3.1.1 A abordagem neoclássica	54
3.1.2 A abordagem baseada nas relações sociais ou na reprodução do capital	57
3.1.3 A “questão social” e as políticas sociais	62
3.2 INÍCIO DAS AÇÕES EM SAÚDE NO BRASIL	66
3.3 O PERÍODO DE 1930 AO GOLPE DE 1964	70
3.3.1 O período do pós-guerra	75
3.4 DO GOLPE DE 1964 À RECONFIGURAÇÃO DA FORMAÇÃO ECONÔMICO-SOCIAL BRASILEIRA A PARTIR DOS ANOS 80	82
3.4.1 Os convênios de contratação de serviços em saúde via pré-pagamento: impulso aos planos de saúde	86

3.4.2 A expansão e consolidação da empresas de medicina de grupo e o surgimento das cooperativas médicas.....	87
3.4.3 A unificação da previdência (INPS), a expansão das seguradoras de serviços de saúde e a consolidação das empresas de autogestão.....	90
3.5 OS ANOS 80 E A LUTA NA SAÚDE ENTRE OS PROJETOS DE REFORMA SANITÁRIA E O NEOLIBERAL.....	95
3.5.1 Limites do movimento pela reforma sanitária.....	101
3.5.2 Universalização excludente.....	102
3.6 CONSOLIDAÇÃO E EXPANSÃO DO PROJETO NEOLIBERAL NA SAÚDE A PARTIR DOS ANOS 1990.....	104
3.6.1 A expansão dos planos de saúde nos anos 1970, 1980 e 1990.....	107
3.6.2 Ações em saúde no governo Fernando Henrique Cardoso.....	108
3.6.3 O governo Lula.....	110
3.6.4 Expansão do mercado de planos e seguros de saúde nos anos 2000.....	114
4 O SETOR SUPLEMENTAR DE SERVIÇOS EM SAÚDE.....	116
4.1 OS PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE NO BRASIL, NOS ANOS 2000.....	118
4.2 A REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM.....	125
4.3 OS USUÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM.....	131
4.3.1 Número de usuários de planos e seguros de saúde na Região Metropolitana de Belém.....	134
4.3.2 Relação entre renda e usuários de planos na RMB.....	139
4.3.3 Relação entre usuários de planos e utilização dos serviços de saúde.....	142
4.3.4 As despesas com planos de saúde no orçamento das famílias.....	144
4.3.5 Distribuição dos usuários de planos de saúde na RMB por faixa etária.....	148
4.3.6 Autoavaliação do estado de saúde dos usuários de planos de saúde da RMB.....	151
4.3.7 Resumo das características dos usuários de planos de saúde na RMB.....	154
4.4 A CONFORMAÇÃO ESPECÍFICA DOS PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM.....	154

4.4.1 Planos por tipo de contratação.....	155
4.4.2 Os planos de saúde da RMB por modalidade empresarial de contratação.....	159
4.4.3 Os planos de saúde na RMB por época de contratação, abrangência geográfica e segmentação.....	160
4.4.4 Resumo das características dos planos de saúde na RMB.....	162
4.5 OPERADORAS DE PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE NA RMB.....	162
4.5.1 Operadoras de planos e seguros de saúde com sede ou usuários na RMB.....	162
4.5.2 As receitas e despesas das operadoras de planos de saúde da RMB.....	164
4.5.3 Relação entre operadoras de planos de saúde e os estabelecimentos de saúde na RMB.....	168
4.5.4 Unimed de Belém, a maior operadora de planos de saúde na RMB.....	170
4.5.5 Resumo das características das operadoras de planos de saúde na RMB.....	175
4.6 FORÇA DE TRABALHO NA SAÚDE SUPLEMENTAR DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM: OS MÉDICOS.....	176
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	179
5.1 CARACTERÍSTICAS DO MERCADO DE SERVIÇOS SUPLEMENTARES DE SAÚDE NA RMB	179
5.2 DETERMINAÇÕES PRINCIPAIS DA SAÚDE SUPLEMENTAR NA RMB.....	181
5.3 ALGUMAS TENDÊNCIAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR DA RMB.....	184
5.3.1 Possibilidades de expansão do mercado.....	184
5.3.2 Possibilidades de retração do mercado.....	185
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	187

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação integra a problemática da relação entre saúde, mais especificamente saúde suplementar (planos e seguros de saúde) e a reprodução do modo de produção capitalista. A partir de uma constatação inicial, então sem comprovação empírica, da ampliação dos planos e seguros de saúde na Região Metropolitana de Belém (RMB) nos anos 2000, seu objetivo é estudar e comprovar (ou não) essa ampliação, apresentar uma análise do setor, expor as determinações principais dessa expansão e adiantar algumas possíveis tendências a esse mercado.

Destarte, o problema que se pretende responder é se houve efetivamente essa expansão, quais as determinações centrais desse crescimento e qual a atual situação dos serviços em saúde suplementar na RMB.

Partiu-se de algumas hipóteses: a) há uma relação (pensada como uma unidade contraditória) entre o desenvolvimento capitalista implementado na formação econômico-social brasileira, na Amazônia e na RMB, e a configuração específica da expansão do setor de serviços em saúde suplementar, a reprodução (capitalista) do setor, e b) as características da nova divisão internacional do trabalho, principalmente sua crise crônica, estrutural (constante superprodução de capital que não consegue valorizar-se na esfera produtiva) a partir dos anos 1970, exercem efeitos na expansão do setor de serviços suplementares em saúde.

Essas hipóteses, que já expressavam a opção teórico-metodológica adotada, além de se comprovarem no percurso do trabalho, expandiram, para sua demonstração, os objetivos pretendidos quando da elaboração do projeto de pesquisa. Fez-se necessário não apenas um estudo específico da saúde suplementar na Região Metropolitana de Belém, mas também, para compreender a fundo as determinações do objeto pesquisado, empreender uma análise das características centrais da conjuntura mundial e brasileira em que se deu a expansão dos planos e seguros de saúde nos anos 2000.

Além disso, fatores históricos exerciam sua influência no quadro consolidado dos planos de saúde no período analisado. Tornou-se assim necessário, um determinado recuo histórico para a análise do desenvolvimento das ações em saúde no Brasil, determinantes para compreender o espaço assumido pelo setor chamado saúde suplementar.

O mergulho no problema expandiu os horizontes da pesquisa. Obrigou o aprofundamento teórico para dar conta de conceitos fundamentais, sem os quais a análise ficaria incongruente. A compreensão do papel e da função do *Estado*, do que é o *imperialismo*, do conceito de *crise no capitalismo*, da *ideologia*, da apreensão do fenômeno

da *supercapitalização* nos tempos atuais foram instrumentos teóricos decisivos para iluminar a análise da nova divisão internacional do trabalho e da reconfiguração da formação econômico-social brasileira como desdobramento dessa nova conjuntura mundial. Esses conceitos, entre outros, estão apresentados nos capítulos da pesquisa, na medida em que seu aprofundamento e exposição são necessários para a compreensão dos processos discutidos.

Um primeiro problema que se apresentou à pesquisa foi a forma de abordar a análise da saúde suplementar na RMB. Seria possível uma análise fundamentalmente estatística, levantando o conjunto de dados existentes de várias fontes sobre a saúde suplementar, relacionando-os, colecionando-os e apresentando-os de forma a configurar um “quadro” da saúde suplementar na RMB. Provavelmente esse trabalho teria sua utilidade e existem muitos elaborados dessa maneira. No entanto, não conseguiria explicar as razões históricas e conjunturais da existência desse quadro, as determinações principais de sua conformação e, muito menos, suas tendências de desenvolvimento.

Outra forma seria uma abordagem “histórica”, em que a realidade fosse apresentada como resultado de uma série de fatos sociais com um determinado encadeamento necessário, “lógico” ou pré-definido, fruto de decisões racionais, como uma espécie de desenvolvimento sempre ascendente das formas de convívio em sociedade. Também teria sua utilidade, é inegável, mas não conseguiria dar conta das múltiplas determinações (econômicas, políticas, culturais) que fazem com que cada realidade historicamente determinada seja resultado de suas próprias contradições.

Descartadas as opções acima, impôs-se abordar o problema (a saúde suplementar na RMB) a partir de uma perspectiva que leve em conta a *totalidade orgânica* historicamente construída, na qual esse processo se encontra. A saúde suplementar, seja na Região Metropolitana de Belém ou em qualquer outro lugar, é parte de um contexto mais geral e é resultado de um determinado processo histórico. Concepção geral de história e de totalidade que consiste em

[...] desenvolver o processo real de produção a partir da produção material da vida imediata e em conceber a forma de intercâmbio conectada a esse modo de produção e por ele engendrada, quer dizer, a sociedade civil em seus diferentes estágios, como fundamento de toda a história, tanto a apresentando em sua ação como Estado como explicando a partir dela o conjunto das diferentes criações teóricas e formas de consciência – religião, filosofia, moral, etc. etc. – e em seguir o seu processo de nascimento a partir dessas criações, o que então torna possível, naturalmente, que a coisa seja apresentada em sua totalidade (assim como a ação recíproca entre esses diferentes aspectos). (MARX; ENGELS, 2007, p. 42).

Quando da qualificação do projeto, duas advertências (entre várias outras) foram importantes para o desenvolvimento da pesquisa. Uma primeira que alertava para evitar a abordagem separada entre as dimensões estudadas ou, o que também seria equivocado, relacionar mecanicamente a reprodução (o desenvolvimento) capitalista e a saúde suplementar, considerados como fenômenos separados que interferiam um no outro.

Outra advertência da banca apontava para o risco das “grandes abordagens” que não conseguem sair da abstração teórica, e, aprofundar-se na análise do objeto, extraindo a riqueza que a pesquisa da realidade concreta possibilita.

Quanto à primeira advertência, a forma encontrada para evitá-la foi partir do pressuposto que a reprodução ou o desenvolvimento capitalista se dá, inclusive, *dentro* da saúde suplementar. Não é um elemento externo a exercer efeitos sobre o setor. E a reprodução do capital nos serviços em saúde suplementar é parte da reprodução capitalista como um todo, interferindo nessa reprodução. O método a utilizar-se na pesquisa deveria considerar essa interrelação entre saúde suplementar e desenvolvimento capitalista como um todo com múltiplas determinações. Marx (1983b, p. 218-9) já indicava o caminho a seguir.

O concreto é concreto por ser a síntese de múltiplas determinações, logo, unidade da diversidade. É por isso que ele é para o pensamento um processo de síntese, um resultado, e não um ponto de partida, apesar de ser um verdadeiro ponto de partida e portanto igualmente o ponto de partida da observação imediata e da representação.

Para procurar expressar a realidade em toda a sua complexidade, a pesquisa deveria captar do objeto suas características principais, as contradições que determinam seu movimento, a sua totalidade e a sua história.

La lógica exige que vayamos más lejos. Para conocer de verdad el objeto hay que abarcar e estudiar todos sus aspectos, todos sus vínculos y “mediaciones”. Jamás lo conseguiremos por completo, pero la exigencia de la multilateralidad nos prevendrá contra los errores y el anquilosamiento. Eso, en primer lugar. En segundo lugar, la lógica dialéctica requiere que el objeto sea tomado en su desarrollo, en su “automovimiento” (como dice Hegel a veces), en su cambio. (LENIN, 1986, t. 42, p. 302)

Em relação à 2ª advertência recebida na qualificação (relativa ao risco da pesquisa não conseguir aprofundar-se na realidade, ficando na abstração teórica), o importante era compreender que os conceitos são “lentes” que permitem melhor enxergar a realidade, instrumentos que são a expressão nas idéias do movimento dessa realidade, mas que não substituem a análise concreta do objeto. O método de análise da realidade é o instrumento científico (resultado da própria forma como a realidade é apreendida) que a pesquisa utiliza para aproximar-se teoricamente dos fenômenos analisados. Nunca será possível expressar a

realidade “completamente” (impossibilidade que significaria o fim da ciência) mas será possível expressar teoricamente as determinações principais dessa totalidade, suas contradições características, as mediações entre suas várias instâncias.

[...] o método não é um conjunto de regras formais que se “aplicam” a um objeto que foi recortado para uma investigação determinada nem, menos ainda, um conjunto de regras que o sujeito que pesquisa escolhe, conforme sua vontade, para “enquadrar” o seu objeto de investigação. Recordemos a passagem de Lênin que citamos: Marx não nos entregou uma lógica, deu-nos a lógica d’*O capital*. Isto quer dizer que Marx não nos apresentou o que “pensava” sobre o capital, a partir de categorias previamente elaboradas e ordenadas conforme operações intelectivas: ele (nos) descobriu a estrutura e a dinâmica *reais* do capital; não lhe “atribuiu” ou “imputou” uma lógica: extraiu da efetividade do movimento do capital a *sua* (própria, imanente) *lógica* – numa palavra, deu-nos a teoria do capital: a *reprodução ideal do seu movimento real*. (NETTO, 2011, p. 52-3).

Esse mesmo autor nos dá a “fórmula” para ser fiel ao objeto: “é a estrutura e a dinâmica do objeto que comandam os procedimentos do pesquisador” (NETTO, 2011, p. 53). Tratava-se assim de compreender que a realidade determina os passos na pesquisa e que os conceitos auxiliam a “enxergar” como e por onde se caminha. Os conceitos com que se vai para a realidade serão desenvolvidos, precisados, e até retificados, se necessário, na análise dessa realidade.

Isso tudo sem perder de vista que o método implica uma determinada posição de classe (uma perspectiva, um ponto de vista) de quem pesquisa, de que há uma relação (que não é nem de *identidade* e nem de *exterioridade*, mas de *unidade contraditória*) entre a posição (teórica, de classe) do pesquisador e do objeto a ser pesquisado. Essa *unidade* ou *identidade contraditória*, é apresentada por Lênin como “el reconocimiento (descubrimiento) de las tendencias contradictorias, mutuamente excluyentes, opuestas, de *todos* los fenómenos y procesos de la naturaleza (incluso el espíritu y la sociedad)” (LENIN, 1974, p. 345).

Pensar o objeto de uma perspectiva crítica, em sua totalidade orgânica, contraditória, historicamente construída. Essa totalidade, em cada formação econômico-social concreta, é caracterizada fundamentalmente pela maneira como os indivíduos em sociedade, constituídos em classes sociais, se relacionam, produzem e reproduzem suas condições de existência. Esse modo de produzir é ao mesmo tempo um modo de reprodução, como expõe Marx n’*O Capital*, se referindo ao modo de produção capitalista:

[...] o processo de produção capitalista é uma forma historicamente determinada do processo social de produção em geral. Este último é tanto processo de produção das condições materiais de existência da vida humana quanto processo que, ocorrendo em relações histórico-econômicas de produção específicas, produz e reproduz essas mesmas relações de produção e, com isso, os portadores desse processo, suas condições materiais de

existência e suas relações recíprocas, isto é, sua forma sócio-econômica determinada. Pois a totalidade dessas relações, em que os portadores dessa produção se encontram com a Natureza e entre si, em que eles produzem, essa totalidade é exatamente a sociedade, considerada segundo sua estrutura econômica (MARX, 1988, l. 3, t. 2, p. 254).

Como se vê, processo de produção que produz e reproduz as relações de produção, suas condições materiais de existência e sua forma sócio-econômica determinada e, na sociedade capitalista, sempre dirigida pela necessidade do lucro. Como diz Marx “[...] a taxa de valorização do capital global, a taxa de lucro, é o agulhão da produção capitalista (assim como a valorização do capital é sua única finalidade) [...]” (MARX, 1988, l. 3, t. 4, p. 174).

Buscando melhor expressar essa sociedade, Marx e Engels utilizam uma tópica, com uma infraestrutura definida pela unidade contraditória entre as relações de produção e as forças produtivas existentes, a base econômica, em torno da qual se ergue uma superestrutura jurídica, política e ideológica. Essa tópica, pensada enquanto totalidade orgânica, é determinada em última instância pela infraestrutura. Mas não é uma determinação mecânica e nem são instâncias autônomas relacionando-se externamente, como adverte Engels numa carta a Starkenburg, em 1894, explicando exatamente essa questão:

Por relações econômicas, nas quais vemos a base determinante da história da sociedade, compreendemos o modo como os homens de determinada sociedade produzem os meios de subsistência necessários à sua vida e (na medida em que exista a divisão do trabalho) trocam entre si o que produzem. [...] Vemos nas condições econômicas o que, em última instância, condiciona o desenvolvimento histórico. [...] O desenvolvimento político, jurídico, filosófico, religioso, literário, artístico, etc., baseia-se no desenvolvimento econômico. Mas todos eles reagem também uns sobre os outros e sobre a infra-estrutura econômica. Não se trata de que a situação econômica seja a *causa*, o *único elemento ativo*, e que o resto sejam efeitos puramente passivos. Há todo um jogo de ações e reações à base da necessidade econômica que, em *última instância*, termina sempre por impor-se” (MARX; ENGELS, 1980, t. 3, p. 298-9).

“Armado” desses pressupostos o problema posterior era o de como abordar e expor o objeto pesquisado. Era necessário compreender a distinção entre o *método de investigação* e o *método de exposição*. No posfácio à 2ª edição de O Capital, Marx (1988, p.26) afirma que

É, sem dúvida, necessário distinguir o método de exposição formalmente, do método de pesquisa. A pesquisa tem de captar detalhadamente a matéria, analisar as suas várias formas de evolução e rastrear sua conexão íntima. Só depois de concluído esse trabalho é que se pode expor adequadamente o movimento real. Caso se consiga isso, e espelhada idealmente agora a vida da matéria, talvez possa parecer que se esteja tratando de uma construção a priori.

Procurando partir dessa base, o percurso metodológico adotado foi baseado principalmente na análise bibliográfica (teórica e histórica), com estudos para dar conta dos conceitos necessários e dos condicionantes históricos importantes, e na pesquisa em dados existentes com o intuito de levantar o quadro conjuntural mais geral e da saúde suplementar especificamente. Com os resultados obtidos, “a reprodução do concreto pela via do pensamento” (MARX, 1983b, p. 219), definiu-se como apresentá-los.

A apresentação da pesquisa na dissertação expõe inicialmente a nova divisão internacional do trabalho, destacando as características principais da conjuntura mundial atual, mostrando as mudanças ocorridas a partir da crise dos anos 1970 e seus desdobramentos na formação econômico-social brasileira. Analisa a crise constante, crônica, do capitalismo, a partir do referencial apresentado acima, e demonstra como a compreensão de que o excesso de capital, oriundo da crise de 1974 em conjunto com as mudanças na divisão internacional do trabalho e na economia brasileira são fenômenos fundamentais para compreender a ampliação e o novo perfil assumido pelo setor suplementar dos serviços de saúde no Brasil. Essa parte é apresentada no Capítulo 2 dessa pesquisa.

No Capítulo 3 analisa-se o desenvolvimento dos serviços de saúde no Brasil, em uma perspectiva histórica, demonstrando as várias formas e transformações na oferta desses serviços, públicos ou privados, sempre na perspectiva da relação existente entre a reprodução do capital na formação brasileira como um todo e a análise da reprodução do capital no setor de serviços em saúde especificamente. Nesse trecho da pesquisa é abordado o surgimento e expansão do setor suplementar (planos e seguros) de serviços em saúde.

No Capítulo 4, objetivo da pesquisa, analisa-se a ampliação do setor suplementar de serviços em saúde, suas determinações e tendências, a partir de quatro dimensões principais: os usuários de planos/seguros de saúde, a conformação dos planos propriamente ditos, as operadoras de planos de saúde e a força de trabalho nos planos de saúde. A análise manteve o foco na Região Metropolitana de Belém, principalmente nos anos 2000, relacionando ao processo específico do desenvolvimento econômico dessa região. Utiliza-se, para isso, principalmente, dados da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística via Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Suplemento Acesso e Utilização dos Serviços, Condições de Saúde e Fatores de Risco e Proteção à Saúde – PNAD Saúde, Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária - AMS), cruzando com informações socioeconômicas da região. Há ainda uma breve abordagem sobre a Unimed de Belém, principal operadora de planos e seguros de saúde com sede na RMB.

Nas Considerações Finais apresentam-se, de forma resumida, as características principais da saúde suplementar na RMB, as mais importantes determinações (gerais e específicas) de sua expansão e algumas possíveis tendências desse setor, sempre mediadas pela divisão internacional do trabalho e pela configuração da formação econômico-social brasileira. Aponta-se também possíveis desdobramentos a essa pesquisa em estudos posteriores.

Entendeu-se que a definição dos conceitos principais utilizados na pesquisa, quando necessário, deveria ser feita em conjunto com a exposição da análise e estão assim apresentados, ao longo dos capítulos.

A opção pela análise dos planos de saúde na Região Metropolitana de Belém se deu em razão do peso do mercado de serviços em saúde suplementar da RMB em relação ao Estado do Pará e à própria Amazônia, como será exposto no Capítulo 4. O período dos anos 2000 foi escolhido em razão do marco legal estabelecido a partir de 1999, com a Lei Nº 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde) e da Lei Nº 9.961/00 (criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS), apresentado no final do Capítulo 2.

Cumprido salientar que se trata de estudo inédito sobre o tema nessa região, apesar de sua importância na conformação socioeconômica da RMB.

Em que pese os resultados obtidos, algumas questões ficam abertas, considerando-se a necessidade de aprofundá-las, tanto teórica como empiricamente, extraindo mais e melhores informações do quadro da saúde suplementar na RMB, além da possibilidade da construção e desenvolvimento de novos instrumentos teóricos que auxiliem os estudos de outros casos específicos.

Por último, justificando a importância dada nessa pesquisa aos elementos teóricos, conjunturais e históricos para a análise da saúde suplementar na Região Metropolitana de Belém, a orientação adotada, exposta a seguir, é suficiente:

Uma teoria social da sociedade burguesa, portanto, *tem* que possuir como fundamento a análise teórica da produção das condições materiais da vida social. Este ponto de partida não expressa um juízo ou uma preferência pessoais do pesquisador: ele é uma exigência que decorre do próprio objeto de pesquisa – sua estrutura e dinâmica só serão reproduzidas com veracidade no plano ideal a partir desse fundamento; o pesquisador só será fiel ao objeto se atender a tal imperativo (NETTO, 2011, p. 40).

2 A NOVA DIVISÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO E A RECONFIGURAÇÃO DA FORMAÇÃO ECONÔMICO-SOCIAL BRASILEIRA.

A análise da expansão dos planos e seguros de saúde na Região Metropolitana de Belém (RMB) não pode prescindir da compreensão do processo de reprodução do capital no mundo e no Brasil. As determinações que interferiram nessa expansão devem ser procuradas tanto “interna” como “externamente” ao setor, determinações que constituem um todo único com contradições. A realidade do setor dito suplementar em serviços de saúde é resultado de múltiplas determinações (reprodução do capital no geral e no setor especificamente, interesses de classes em disputa, as ações do Estado no setor, as resistências dos usuários etc.), que devem ser descobertas e analisadas em suas características principais buscando compreender melhor o objeto em estudo.

Compreender as características principais da conjuntura política¹ mundial e nacional do período em que se deu a expansão do setor suplementar de serviços de saúde no Brasil e na RMB, permite apreender melhor essa expansão. Sua análise possibilitará revelar aspectos fundamentais sem os quais a compreensão dessa expansão ficaria limitada ou mesmo distorcida.

Nesse capítulo apresenta-se a análise da nova divisão internacional do trabalho (DIT), processo que tem como ponto de inflexão a crise dos anos 1970, seus desdobramentos na formação econômico-social (FES) brasileira e sua conseqüente reconfiguração. No percurso da análise das características dessa nova DIT e da reconfiguração da FES brasileira serão apresentados os principais conceitos utilizados (Estado, crise no capitalismo, imperialismo, supercapitalização, entre outros). A opção pela exposição teórica dos conceitos no momento da análise dos fatos da conjuntura permite compreendê-los mais a fundo, possibilitando sua melhor apreensão no próprio processo de sua “aplicação” na análise da realidade.

O capítulo apresentará ainda as transformações ocorridas no aparelho de Estado brasileiro (a contrarreforma do Estado), em consonância com a reconfiguração da FES, e os impactos dessa nova conjuntura mundial e brasileira na região amazônica e no Pará principalmente.

2.1 A NOVA DIVISÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO.

¹ “Conjuntura Política é o ‘momento atual’ da luta de classes em uma formação social ou sistema de formações sociais.” (HARNECKER, 1973, p.147).

A crise que atingiu a maioria dos países capitalistas no início da década de 1970 concluiu um período que ficou conhecido como os trinta anos gloriosos. Um período em que, em função da imensa destruição causada pela II Guerra Mundial e dos maciços investimentos na reconstrução da Europa² e do Japão³, os países capitalistas dominantes viveram uma fase de desenvolvimento capitalista relativamente constante, sem grandes crises para a reprodução do capital, com possibilidade de garantir a uma parte importante de suas populações, emprego, saúde e educação, o “estado de bem estar”⁴ ou *welfare State*. É verdade que para grande parte do mundo capitalista, esse “estado de bem estar” não se realizou ou realizou-se de forma incompleta, e a razão, sempre escamoteada pelos interesses dominantes, foi a forma dominada como esses países se integraram na economia mundial, em contraposição à versão dominante de que essa situação foi resultado do processo específico desses próprios países, com capitalismo pouco desenvolvido, atrasado, tardio, subdesenvolvido ou em desenvolvimento. Assim, para os defensores dessa tese, seria a falta de desenvolvimento capitalista, por suposto, a razão da situação em que se encontravam os países dominados, e não a forma concreta, dominada, como se inseriram na divisão internacional do trabalho.

A crise dos anos 1970 expressou os limites da divisão internacional do trabalho (DIT) predominante desde a II Guerra Mundial, nos moldes preconizados a partir dos Acordos de Bretton Woods⁵ em 1945. Como mostra Mendonça (1990) “o ano de 1974 parece ter constituído um ponto de viragem decisivo no funcionamento da economia capitalista mundial” (p. 34). Esse mesmo autor afirma que “1974 é o ano em que a crise econômica, típica do desenvolvimento capitalista, volta a manifestar-se com uma força surpreendente que só encontra paralelo se recuarmos no tempo até a crise de 1929.” (MENDONÇA, 1990, p. 34). Crise geral que atinge o conjunto do sistema capitalista mundial, que atinge toda a economia mundial, todo o imperialismo.

² Através do Plano Marshall ou Programa de Recuperação Européia implementado no pós-guerra pelos EUA a partir de julho de 1947, estimulando o desenvolvimento capitalista da Europa ocidental, com estímulo à aquisição de bens primários e semi-industrializados (principalmente dos Estados Unidos) e fazendo frente à expansão das revoluções socialistas no leste europeu.

³ Através, entre outras iniciativas, do Plano Colombo (1951), programa de estímulo à reconstrução capitalista e reforço da presença econômica e militar dos EUA no Japão e em outros países asiáticos no pós-guerra, semelhante, mas em menores proporções, ao Plano Marshall na Europa.

⁴ A discussão sobre o conceito de “Estado de bem-estar”, em que esse aparelho se apresenta como agente da proteção social e organizador da economia nacional, será apresentada no capítulo posterior.

⁵ Realizado em Bretton Woods, New Hampshire (EUA), nas primeiras semanas de julho de 1944, com 730 delegados das 44 nações aliadas na II Guerra Mundial, a Conferência Monetária e Financeira das Nações Unidas estabeleceu os *Acordos de Bretton Woods*, sistema de regras, instituições e procedimentos para regular a política econômica internacional do pós-guerra, com predominância dos interesses dos EUA, que surgia como principal país dominante do sistema capitalista mundial.

Antes de aprofundar as características da nova DIT oriunda da crise dos anos 1970, e com o objetivo de evitar a compreensão distorcida dos conceitos utilizados, é importante apresentar inicialmente alguns dos conceitos considerados fundamentais nesse trabalho: “Estado”, “imperialismo” e “crise”. Iniciando pelo Estado, para compreender melhor o que é, para que serve e como funciona esse instrumento contraditório e decisivo nas formações divididas em classes sociais, faz-se necessário um recuo histórico sobre a origem e o desenvolvimento desse conceito. Como se trata de questão fundamental, optou-se por dedicar um determinado espaço dessa pesquisa à explicitação o mais clara quanto possível da concepção de Estado adotada, que se encontra apresentada no tópico a seguir.

2.1.1 O Estado.

Os Estados, nas formações econômico-sociais hegemônicas pelo modo de produção capitalista (com exceção dos períodos turbulentos de transição de um modo de produção para outro), cumprirão fundamentalmente seu papel de garantir as melhores condições para a reprodução das relações de produção, nas conjunturas concretas de cada realidade específica. A compreensão do papel do Estado como indutor (papel que se dá em um profundo processo contraditório) dessa expansão do capital impõe uma análise mais aprofundada desse aparelho a partir dos pressupostos teóricos desse trabalho.

Lênin já alertava para a dificuldade da questão:

[...] a questão [do Estado] é tão complexa e foi tão embrulhada pelos eruditos e escritores burgueses que todo aquele que quiser meditar seriamente sobre ela e assimilá-la por si, tem de abordar esta questão várias vezes, voltar a ela uma e outra vez, considerar a questão sob diversos ângulos, a fim de conseguir uma compreensão clara e firme (1980, p. 176).

De forma bastante resumida, é possível dividir em três grandes correntes as concepções de Estado anteriores à de Marx.

a) Uma, que buscava na origem divina ou sobrenatural a explicação para a existência do Estado e dos seus governantes, ou seja, eram os desígnios divinos, a vontade de um deus, que explicava a existência de um governante, de alguém ou de um grupo escolhido para, acima dos demais, “governar” essa coletividade. Essa corrente predomina nas sociedades com formações econômicas fundamentalmente pré-capitalistas, justificando e relacionando seus governantes à religião, a forças sobrenaturais ou a intenções divinas.

b) Uma segunda corrente de pensamento, de enorme presença teórica até hoje, surge concomitante (e não por acaso) com o desenvolvimento da burguesia. Trata-se da corrente

contratualista, que tem em Hobbes (2009) e em Rousseau (2000) seus principais expoentes. Para essa corrente o Estado seria resultado de um “contrato social” estabelecido, onde todos abririam mão de parte de sua liberdade para que uma pessoa ou um grupo de escolhidos pudessem proteger essa liberdade limitada, proteger a vida e a propriedade. O Estado é visto como uma criação racional dos homens, necessária a todos para garantir a paz, a vida, a segurança, a propriedade, sendo assim justificado por uma necessidade geral, fruto do convívio social, da vida em sociedade.

c) Já para uma terceira corrente, baseada nas posições de Hegel principalmente, o Estado não seria resultado de um contrato social e sim do desenvolvimento e do progresso da razão. O desenvolvimento histórico traria consigo o desenvolvimento da razão, e sua forma mais elevada de construção espiritual é o Estado. O Estado seria em tese a expressão mais elevada da razão histórica, a mais alta encarnação do espírito e da moral.

A partir das formulações de Marx e Engels há um corte⁶ nessa compreensão do Estado, que não é resultado da vontade divina, não é uma “necessidade” dos homens em sociedade e muito menos a expressão mais elevada da razão. É resultado direto da existência e da luta das classes sociais já que “a história de todas as sociedades que existiram até hoje tem sido a história das lutas de classes” (MARX; ENGELS, 2006, p. 84).

Em *O Capital*, Marx apresenta uma formulação da relação dialética do Estado com as relações de produção. Uma formulação que demonstra que não há nada de mecânico, determinista, na relação pensada por Marx entre a infraestrutura e a superestrutura de uma sociedade.

É sempre na relação direta dos proprietários das condições de produção com os produtores diretos – relação da qual cada forma sempre corresponde naturalmente a determinada fase do desenvolvimento dos métodos de trabalho, e portanto a sua força produtiva social – que encontramos o segredo mais íntimo, o fundamento oculto de toda a construção social e, por conseguinte, da forma política das relações de soberania e de dependência, em suma, de cada forma específica de Estado. Isso não impede que a mesma base econômica – a mesma quanto às condições principais – possa devido a inúmeras circunstâncias empíricas distintas, condições naturais, relações raciais, influências históricas externas, etc. exibir infinitas variações e graduações em sua manifestação, que só podem ser entendidas mediante análise dessas circunstâncias empiricamente dadas (MARX, 1988, p. 235-6).

Nota-se como estão equivocados os que simplificam o materialismo histórico a uma determinação mecânica do “econômico” sobre as outras esferas da vida social. Neste sentido, o Estado não pode ser pensado, estudado, compreendido como algo com “vida própria”,

⁶ No sentido de ruptura, superação dos obstáculos epistemológicos (BACHELARD, 1996), formulação e desenvolvimento do problema a partir de um novo ponto de vista.

resultado apenas da vontade, da ação ou da consciência dos homens, mas sim como parte da forma como as sociedades de classes reproduzem suas condições de existência, determinado e sobredeterminando essa sociedade. Estudar o Estado sem compreender como as formações econômico-sociais se reproduzem, formações e reprodução caracterizadas pela existência de classes em luta, é não compreender seu movimento real, suas razões mais de fundo, seu verdadeiro “motor”. Teoricamente, o Estado deve ser estudado, no âmbito do materialismo histórico, como parte integrante dos conceitos que permitem estudar como as formações econômico-sociais produzem e reproduzem sua existência.

A afirmação de Marx e Engels no *Manifesto do Partido Comunista*, de 1848, de que “o governo moderno não é senão um comitê para gerir os negócios comuns de toda a classe burguesa” (MARX; ENGELS, 2006, p. 86), expressava já a função principal do Estado, sua razão central para existir: gerenciar os interesses da classe dominante. Posição que já vinha sendo gestada em *A Ideologia Alemã*, obra escrita entre 1845 e 1848, onde os dois já mostravam que “[...]o interesse coletivo assume, como Estado, uma forma autônoma, separada dos reais interesses singulares e gerais e, ao mesmo tempo, como comunidade ilusória[...]” (MARX; ENGELS, 2007, p. 37).

Será na participação e no estudo das gloriosas (para o proletariado, é claro) jornadas da Comuna de Paris, que Marx dará um passo a mais em sua concepção de Estado. Os poucos dias de poder popular na França (de 18 de março a 28 de maio de 1871) foram pródigos de ensinamentos a Marx e aos revolucionários organizados na Associação Internacional dos Trabalhadores. Destacam-se a compreensão de que a classe operária necessita conquistar o poder de Estado, instituir-se em ditadura do proletariado (rompendo com a ditadura da burguesia) e caminhar para destruir completamente o aparelho de Estado. A partir de então surgem os primeiros indícios da necessária compreensão da diferença entre o poder de Estado e o aparelho de Estado. Desenvolve-se também a revolucionária (e ainda pouco compreendida) posição de destruição do aparelho de Estado.

Na obra *A Guerra Civil na França* (MARX, 1986), que é a Mensagem do Conselho Geral da Associação Internacional dos Trabalhadores sobre os acontecimentos no período da Comuna de Paris, Marx mostra que “a classe operária não pode limitar-se simplesmente a se apossar da máquina do Estado tal como se apresenta e servir-se dela para seus próprios fins” (p. 69). Ou seja, a classe operária não tem como tomar o poder e “aproveitar” a máquina de Estado como ela se apresenta. Essa é uma questão fundamental para os debates travados desde a Revolução Soviética de 1917 até hoje. Não são poucos os “marxistas” que acreditam que com a “máquina de Estado” burguesa é possível fazer avançar a revolução. Estão sempre

elaborando programas, propostas ou políticas sobre como deveriam gerenciar essa máquina, e não como após conquistá-la, destruí-la, posição absolutamente clara nos textos dos dois autores.

A experiência da luta de classes, na França e em outros países, será um verdadeiro campo de estudos e pesquisas, no qual os dois autores participaram ativamente, não somente como observadores, mas principalmente tomando posição na luta de classes. E esta é uma questão importante. A análise de Marx e Engels sobre os modos de produção, em particular o modo de produção capitalista, e sobre o Estado, são posições que cumprem os rigores da análise científica, desenvolvem a compreensão desses fenômenos e nem por isso são desprovidas de posição na luta. Pelo contrário, partem do ponto de vista do proletariado na luta de classes, o que fortaleceu, ou mesmo permitiu, o desenvolvimento dessa abordagem científica.

Um ano após a morte de Marx, Engels publica, em 1884, *A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado*, obra profundamente conhecida, onde desenvolve o conceito de Estado, o seu surgimento vinculado ao surgimento das classes e suas características principais.

Como o Estado nasceu da necessidade de conter o antagonismo das classes, e como, ao mesmo tempo, nasceu em meio ao conflito delas é, por regra geral, o Estado da classe mais poderosa, da classe economicamente dominante, classe que por intermédio dele, se converte também em classe politicamente dominante e adquire novos meios para a repressão e exploração da classe oprimida (MARX; ENGELS, 1980, t.3, p. 137).

Para Engels nessa mesma obra, o Estado caracteriza-se: 1) pelo agrupamento de seus súditos de acordo com uma divisão territorial; 2) pela instituição de uma força pública, diferente do povo em armas, impossibilitando qualquer organização armada espontânea da população; 3) pela cobrança de impostos para sustentar essa força pública e 4) pela colocação dos funcionários, como donos da força pública e do direito de cobrar impostos, acima da sociedade. O Estado é, fundamentalmente, uma burocracia separada do povo de determinado território, com uma força armada também separada do povo, com o objetivo de manter e reproduzir as relações de produção hegemônicas. E em uma síntese exemplar afirma que

O Estado não é pois, de modo algum, um poder que se impôs à sociedade de fora para dentro; tampouco é a “realidade da idéia moral”, nem “a imagem e a realidade da razão”, como afirma Hegel. É antes um produto da sociedade, quando esta chega a um determinado grau de desenvolvimento; é a confissão de que essa sociedade se enredou numa irremediável contradição com ela própria e está dividida por antagonismos irreconciliáveis que não consegue conjurar. Mas para que esses antagonismos, essas classes com interesses econômicos colidentes não se devorem e não consumam a sociedade numa

luta estéril, faz-se necessário um poder colocado aparentemente por cima da sociedade, chamado a amortecer o choque e a mantê-lo dentro dos limites da “ordem”. Este poder, nascido da sociedade, mas posto acima dela, se distanciando cada vez mais, é o Estado (MARX; ENGELS, 1980, t.3, p. 135-6).

O conjunto dos trechos da produção científica de Marx e Engels, acima transcritos, mostram que os dois efetuaram um corte na concepção de Estado que predominava anteriormente. O conceito passa a ter existência baseado em efeitos existentes na realidade concreta dos fenômenos sociais e econômicos, e não como resultado da mente, da razão humana. É possível assim entender e estudar o Estado a partir de fatos objetivos, presentes na sociedade, e que explicarão sua forma de constituição, suas funções, sua atuação, suas contradições, sua possível alteração e até mesmo seu caráter transitório, sempre com a preocupação de evitar uma abordagem mecânica, unicausal, determinista, simplista, em suma, anticientífica.

Marx e Engels descortinaram a possibilidade da abordagem científica da história, a partir de um conjunto de conceitos encadeados logicamente, entre os quais sua concepção de Estado. Sobre essa questão em particular, se não deixaram uma teoria “completa” do Estado (como se isso fosse possível), adiantaram os pressupostos básicos desse conceito, seus fundamentos centrais, suas premissas mais importantes, abordagem essa que teve desdobramentos que a enriqueceram.

O desenvolvimento do capitalismo, sua expansão mundial, sua fase imperialista, não mudará a característica central do Estado, apesar de ampliar e diversificar suas formas de ação.

O imperialismo, especialmente – época do capital bancário, época dos gigantescos monopólios capitalistas, época em que o capitalismo dos monopólios se transforma, por via de crescimento, em capitalismo de monopólios de Estado – mostra a extraordinária consolidação da “máquina governamental”, o inaudito crescimento do seu aparelho administrativo e militar, ao mesmo tempo que se multiplicam as repressões contra o proletariado, tanto nos países monárquicos como nos mais livres países republicanos (LENIN, 1986, p. 41).

Como qualquer conceito científico, o conceito de Estado no materialismo histórico é um instrumento teórico para o estudo dos casos concretos. A forma específica como se organiza o Estado em uma formação econômico-social concreta, sua maneira de constituir-se, sua relação com a base econômica, as influências que sofre da histórica política, jurídica e cultural dessa formação são objetos de estudo que não são substituídos pelos conceitos. Esses (os conceitos) possibilitam iluminar o objeto, servem como “lente” da análise da realidade,

porém nunca podem substituir a análise concreta.

Como desenvolvimento à concepção de Estado, Althusser (1999) considera também necessário distinguir claramente aparelho de Estado e poder de Estado, e que ao lado da função “repressora” do Estado existe uma outra “realidade”, uma outra função que esse autor designa pelo conceito de Aparelhos Ideológicos de Estado (AIE). Esse conceito é assim apresentado,

Um Aparelho ideológico de Estado é um sistema de instituições, organizações e práticas correspondentes, definidas. Nas instituições, organizações e práticas desse sistema é realizada toda a ideologia de Estado ou uma parte dessa ideologia (em geral, uma combinação típica de certos elementos). A ideologia realizada em um AIE garante sua unidade de sistema “ancorada” em funções materiais, próprias de cada AIE, que não são redutíveis a essa ideologia, mas lhe servem de “suporte” (ALTHUSSER, 1999, p. 104).

Como parte da superestrutura o Estado possui o que se pode designar como “autonomia relativa” em relação à infraestrutura. “Autonomia” porque necessária ao melhor cumprimento de suas funções como principal aparelho reprodutor das relações de produção dominantes, à sua aparência de “neutralidade” em relação aos conflitos sociais. “Relativa” porque, em última instância, serão os interesses da reprodução das relações de produção dominantes, ou seja, os interesses do conjunto das classes dominantes (a partir dos interesses predominantes da classe ou fração de classe hegemônica) que determinarão suas ações, sempre na relação contraditória com as classes dominadas.

Nicos Poulantzas⁷, marxista grego, desenvolve o conceito de Estado apresentando-o como a condensação material de forças entre classes e frações de classes.

[...] o Estado capitalista [...] não deve ser considerado uma entidade intrínseca mas, como é aliás o caso para o “capital”, uma relação, mais exatamente uma condensação material de uma relação de forças entre classes e frações de classe [...] O Estado concentra não somente a relação de forças entre frações do bloco no poder, mas igualmente a relação de forças entre este e as classes dominadas. (O Estado, o poder, o socialismo, o último livro de Poulantzas, p. 141 e 154; grifos no original.) (POULANTZAS apud SILVEIRA, 1984, p. 28).

Classes sociais que, para Poulantzas, “são conjuntos de agentes sociais determinados principalmente, mas não exclusivamente, por seu lugar no processo de produção, isto é, na esfera econômica” (POULANTZAS, 1978, p. 13-14). E mais adiante “As classes sociais significam para o marxismo, em um e mesmo movimento, contradições e luta de classes”

⁷ Esse autor, com extensa produção sobre o Estado da perspectiva do materialismo histórico, herda, de Sartre e de Althusser, “a insubmissão ao dogmatismo e ao marxismo oficial, mas é deste último que ele mais se aproxima” (SILVEIRA, 1984, p. 7).

(POULANTZAS, 1978, p. 14).

O Estado não funciona apenas como uma estrutura burocrática e repressiva, aparentando uma autonomia (relativa) em relação à sociedade. Funciona também como organizador e reproduzidor da ideologia dominante, que é a ideologia das classes dominantes, ideologia que se reproduz em um conjunto de aparelhos que podem não ser institucionalmente estatais, mas que reproduzem essa ideologia do Estado, essa ideologia dominante. Funciona, como bem demonstrou Gramsci estudando o fenômeno dos altos salários na indústria norte-americana, através da persuasão e do consentimento.

[...] a coerção deve ser sabiamente combinada com a persuasão e o consentimento, e isto pode ser obtido, nas formas adequadas de uma determinada sociedade, por uma maior retribuição que permita um determinado nível de vida, capaz de manter e reintegrar as forças desgastadas pelo novo tipo de trabalho. [...] as mudanças não podem realizar-se apenas através da ‘coerção’, mas só através da coação (auto-disciplina) com a persuasão, inclusive sob a forma de altos salários, isto é, de possibilidades de melhorar o nível de vida; ou melhor, mais exatamente, de possibilidades de alcançar o nível de vida adequado aos novos modos de produção e de trabalho, que exigem um dispêndio particular de energias musculares e nervosas” (GRAMSCI, 1978, p. 405 - 406-7).

Nesse período de crise aberta do capitalismo em que se vive atualmente, esse arcabouço teórico ganha ainda mais força. Diminuem os espaços para a ideologia dominante (que é sempre a ideologia das classes dominantes), tentar justificar o Estado como acima das classes sociais, e seu papel de defensor, de instrumento dos interesses da classe dominante fica muito mais exposto. O Estado endivida-se como nunca, não para resolver nem amenizar os problemas sociais. Endivida-se, rasga as leis e as regras, para garantir que bancos, empresas, o capital possam continuar reproduzindo-se ampliadamente. Estados, em função de suas classes dominantes, a serviço da reprodução do sistema como um todo, não vacilam em ampliar os mecanismos de exploração de sua população, ocupar novos territórios, controlar fontes de matérias primas, garantir rotas de comercialização, mercados privilegiados, salvar bancos, instituições financeiras, empresas e capitalistas para que o sistema não entre em colapso (como se para as classes dominadas ele já não estivesse apodrecido). Como mostra Tom Thomas (2007, p. 76):

Desse modo [os Estados] transformam o monte de dívidas e de capital fictício privados em dívidas públicas, e uma massa de capital em apuros em capital público (nacionalizações totais ou parciais, oficiais ou oficiosas). É uma via indireta pela qual se manifesta a socialização da produção da mais-valia. O papel monetário e financeiro do Estado é apenas um meio ao serviço deste objetivo: a valorização do capital em geral.

Isto tudo sem deixar de lembrar às classes dominadas um momento sequer, que elas devem permanecer comportadas, em ordem, mesmo que estejam vivendo na mais absoluta miséria e exploração. Com uma das mãos oferecem o discurso sempre presente de que as coisas estão melhorando, é só ter paciência. Com a outra oferecem a lei e a ordem caso o discurso ideológico não tenha sido suficiente.

A cada crise os Estados buscam encontrar formas de impedir que seus capitais não sejam atingidos profundamente, garantindo que o sistema, ou seja, a reprodução das relações de produção dominantes, não sofram um revés muito grande. Se solucionam momentaneamente o problema, criam no entanto as condições para seu surgimento posterior em escala ampliada, já que não resolvem o problema central (insolúvel no capitalismo): o excesso de capital a ser reproduzido ampliadamente. Nada de estranho nisso. Os Estados nada mais são que os principais aparelhos para garantir que as classes dominantes mantenham-se dominantes, que o sistema como um todo, caracterizado pelo seu modo de produção, possa continuar “funcionando”. Para isso, utilizam todos os instrumentos à mão (econômicos, políticos, jurídicos, militares e ideológicos), buscando conter de um lado a resistência das classes dominadas e, de outro, a luta contra as classes dominantes de outras formações econômico-sociais.

Apresentada em linhas gerais a concepção de Estado utilizada nessa pesquisa, é possível compreender melhor as transformações no aparelho de Estado no Brasil (discutido mais a frente), como parte do resultado da nova DIT e seus desdobramentos nessa formação. Procura-se assim facilitar a compreensão do sentido regressivo (a contrarreforma), das transformações ocorridas no Estado brasileiro a partir dos anos 1990. Antes disso é importante a apresentação dos conceitos de “imperialismo” e “crise”, fundamentais para a compreensão da nova conjuntura mundial.

2.1.2 Os conceitos de imperialismo e crise.

O imperialismo, como nos mostra Lênin (1975, p. 23), é a fase em que “o capitalismo transformou-se num sistema universal de subjugação colonial e de estrangulamento financeiro da imensa população do planeta por um punhado de países adiantados”. O imperialismo é a fase em que o capitalismo já ocupou o conjunto do planeta, criando uma economia mundial, e onde não existe espaço para a expansão dos monopólios financeiros (fusão do grande capital bancário e industrial) que não seja o deslocamento ou o avanço para as áreas controladas por outros monopólios. O imperialismo é a fase do

capitalismo onde a concorrência deixa de ser somente entre capitais individuais dentro de um país, para expandir-se ao mundo todo e passar a ser entre grandes monopólios financeiros e seus instrumentos centrais, os Estados nacionais. Pode-se assim dividir o mundo entre países dominantes e sua área de influência, e países dominados integrados de forma subordinada na economia mundial. Daí ser o imperialismo uma fase que exacerba a desigualdade no desenvolvimento capitalista das formações econômico-sociais, que tende à guerra entre os monopólios e seus Estados, em que as contradições ampliadas tendem a ser resolvidas pela força, na ocupação das fontes de matéria prima e recursos necessários, na garantia das rotas comerciais, no domínio das regiões estratégicas, no controle de mercados, ou mesmo na destruição dos “concorrentes”. A I e a II Grandes Guerras, e um conjunto de outras “pequenas”, atestam esse fato.

O imperialismo é a fase do capitalismo resultante de sua propensão à valorização do capital em todo o planeta, de seus movimentos como efeitos da lei do valor⁸, integrando as formações econômico-sociais em um modo de produção capitalista mundial, com um pólo dominante e outro dominado, e suas respectivas relações econômicas, políticas e ideológicas.

A ampliação da escala e da concorrência entre os capitais no mundo, no final dos anos 60, e as necessidades de novas e maiores inversões para a retomada das taxas de lucro, levaram os EUA a romperem unilateralmente, em 1971, o acordo de Bretton Woods, e a passarem a emitir dólares sem o respectivo lastro em ouro, ampliando os lucros e, conseqüentemente, a quantidade de capital a ser reinvestido. Acelerou-se assim o processo de acumulação capitalista em todo o mundo e, conseqüentemente, as condições para a crise geral dos anos 1970. Dólares, eurodólares, petrodólares disputavam os mais distantes rincões do planeta para tentar expandir-se até atingirem um limite e a taxa de lucro despencar no mundo todo. A nova divisão internacional do trabalho oriunda dessa crise será a tentativa de uma nova combinação mundial para a retomada das taxas de lucro.

A crise, no capitalismo, é sempre crise de excesso de capital, capital que não consegue encontrar formas de investimento com taxa de lucro, capital que não consegue reproduzir-se ampliadamente. “A crise é um fenômeno recorrente que apresenta como característica mais geral a sobreprodução de mercadorias” (MENDONÇA, 1990, p. 141). Sobreprodução relativa de mercadorias⁹ que é expressão da sobreprodução de capital, excesso

⁸ O valor de um produto é determinado pelo tempo de trabalho socialmente necessário para produzi-lo. A lei do valor, a necessidade intrínseca do capital em valorizar-se, rege o intercâmbio de mercadorias nas sociedades mercantis ou capitalistas.

⁹ Relativa pois há muita produção para pouca capacidade de consumo, apesar de uma imensa necessidade resultante da ampliação da pauperização.

de capital e mercadorias de um lado e desemprego, miséria e pobreza do outro. Como nos mostra Marx (1980a, p. 958) “De um lado, superabundância de todas as condições de reprodução e de todas as espécies de mercadorias encalhadas no mercado. Do outro, capitalistas insolventes e massas de trabalhadores desprovidos de tudo, na indigência”. E aprofunda

A superprodução tem por condição, de maneira específica, a lei geral da produção do capital: produzir na medida das forças produtivas (isto é, da possibilidade de desfrutar a maior quantidade possível de trabalho com dada quantidade de capital), sem considerar os limites existentes do mercado ou as necessidades solvíveis, e efetuar isso por meio da ampliação constante da reprodução e da acumulação, fazendo em consequência a reconversão constante da renda (*revenue*) em capital, enquanto, em contraposição, a massa de produtores fica limitada e tem de ficar limitada ao nível médio de necessidade de acordo com a natureza da produção capitalista (MARX, 1980a, p. 969).

O efeito concreto e aparente da crise será a queda na produção industrial, o fechamento de fábricas, o desemprego, a destruição de força produtiva, a ampliação de todas as contradições do sistema. Desenvolvimento e crise capitalista caminham sempre juntos. São as duas faces de uma mesma moeda, unidade de contrários específica da acumulação capitalista. Todos os movimentos que o capital faz em busca de manter e ampliar a acumulação, de garantir o desenvolvimento, que sempre é o desenvolvimento capitalista, criam, imediatamente, novas barreiras à expansão do capital, impossibilidade de reprodução ampliada, destruição de forças produtivas, crise. “O limite da produção é o lucro do capitalista e de maneira nenhuma a necessidade dos produtores” (MARX, 1980a, p.962).

Em uma passagem de *O Capital*, Marx caracteriza brilhantemente a crise no modo de produção capitalista:

A produção capitalista procura constantemente superar essas barreiras que lhe são imanentes, mas só as supera por meios que lhe antepõem novamente essas barreiras e em escala mais poderosa. □ A verdadeira barreira da produção capitalista é o próprio capital, isto é: que o capital e sua autovalorização apareçam como ponto de partida e ponto de chegada, como motivo e finalidade da produção; que a produção seja apenas produção para o capital e não inversamente, que os meios de produção sejam meros meios para uma estruturação cada vez mais ampla do processo vital para a sociedade dos produtores. As barreiras entre as quais unicamente podem mover-se a manutenção e a valorização do valor-capital, que repousam sobre a expropriação e pauperização da grande massa dos produtores, essas barreiras entram portanto constantemente em contradição com os métodos de produção que o capital precisa empregar para seu objeto e que se dirigem a um aumento ilimitado da produção, à produção como uma finalidade em si mesma, a um desenvolvimento incondicional das forças produtivas sociais de trabalho. O meio - desenvolvimento incondicional das forças produtivas sociais de trabalho - entra em contínuo conflito com o objeto limitado, a valorização do capital existente. Se, por conseguinte, o modo de produção

capitalista é um meio histórico para desenvolver a força produtiva material e para criar o mercado mundial que lhe corresponde, ele é simultaneamente a contradição constante entre sua tarefa histórica e as relações sociais de produção que lhe correspondem. (MARX, 1988. l. 3, v. IV, p. 180).□

A crise significa que o capital ampliou-se de tal forma que não consegue prosseguir em seu movimento de valorização, não consegue realizar as mercadorias que produziu. Aumento da produção e diminuição do consumo são as expressões mais claras da crise. Como aponta Antonio Mendonça (1990, p. 168)

A produção capitalista move-se, assim, numa profunda contradição. Por um lado, a obtenção do máximo lucro possível leva o capital a aumentar continuamente a produção. Por outro lado, esta maximização do lucro pressiona constantemente a base de consumo da sociedade no sentido da baixa, tornando cada vez mais difícil assegurar a realização do produto social.

[...] É precisamente esta contradição produção/consumo que vai estar na base do carácter de sobreprodução da crise.

A “solução” aos processos de crise só se dará, em não havendo uma transformação revolucionária de toda a sociedade, pela reposição forçada da unidade entre produção e consumo, pela readequação das condições de valorização do capital, condições que serão o resultado da correlação de forças entre as classes, das lutas que dividirão toda a sociedade no período de predomínio da crise. A crise, com a destruição das forças produtivas que ela traz consigo, recoloca em um novo quadro conjuntural, as condições para um novo processo de acumulação e valorização capitalista. Thomas (2007, p. 51) resumindo o que é a crise mostra que:

- é o momento da reunificação das diferentes fases do processo de valorização;
- a qual se realiza por meio de uma transformação das relações sociais capitalistas que conduz a uma subida da produção de mais-valia¹⁰, em particular sob sua forma relativa, pelo aumento do nível geral da produtividade;
- transformação que é obtida pela força, tanto da concorrência como da luta contra o proletariado.

Do lado do proletariado o resultado, salvo revolução vitoriosa, é o agravamento da taxa de exploração, da desapropriação das suas condições de trabalho e de vida (da sua alienação). Do lado do capital, é uma maior concentração, a aceleração do desenvolvimento das máquinas, da acumulação de capital sob essa forma (capital fixo), factores a que corresponde, como iremos ver, a acumulação de capital financeiro (enquanto forma de propriedade desse capital concentrado). E tudo isso num alargamento contínuo, chamado globalização, das relações sociais da divisão de trabalho capitalista.

¹⁰ Valor que o operário cria além do que recebe pela venda de sua força de trabalho. A mais-valia relativa se obtém diminuindo, no processo de produção, o tempo de trabalho necessário em relação ao excedente.

As crises recolocam as condições entre a produção e o consumo, em novos patamares, possibilitando a retomada das taxas de lucro e uma nova expansão capitalista. Mas, sem uma solução que modifique as relações de produção

[...] não alteram em nada o antagonismo fundamental privado/social. Enquanto esse antagonismo subsistir, as crises nada mais fazem do que modificar as relações sociais capitalistas que dele decorrem: acentuar e globalizar a exploração, a expropriação e o esmagamento do proletariado (THOMAS, 2007, p. 68).

A crise dos anos 1970 recolocou, em novos patamares, as condições para a acumulação capitalista no mundo. As características dessa nova divisão internacional do trabalho são apresentadas no próximo item.

2.1.3 Características gerais da nova divisão internacional do trabalho.

Marx já apontava o desenvolvimento capitalista como capaz de dividir o mundo em áreas com papéis diferentes na produção: “Uma nova divisão internacional do trabalho, imposta pelas necessidades vitais da grande indústria, converte, desse modo, uma parte do globo em campo de produção agrícola para a outra parte que se torna, por excelência, o campo de produção industrial” (MARX apud BETTELHEIM, 1969, p. 22).

Como forma de retomar as taxas de lucro após a crise dos anos 1970, uma nova divisão internacional do trabalho (DIT) começa a ser gestada no início dos anos 80 e consolida-se nos anos 90. As características principais dessa nova DIT podem ser expressas, sucintamente, em: a) integração da produção mundial em proporções inéditas, ampliando a economia de escala; b) deslocamento do principal da produção industrial mundial para países com condições e infraestrutura propícia para redução dos custos, principalmente, com força de trabalho barata e qualificada (o caso da China e outros países asiáticos); c) adequação ou parqueamento¹¹ dos países do mundo a se conformarem a essa nova DIT, uns no papel principalmente de produtores de *commodities*, outros no de parques industriais, e outros especializando-se no consumo; d) no surgimento, como resultado e alavanca da enorme capitalização obtida por esse rearranjo da economia mundial, de uma gigantesca máquina de valorização financeira, estimulando os novos investimentos e o consumo em proporções também inéditas.

¹¹ Parquear: verbo transitivo direto. Derivação: anglicismo semântico. Demarcar espaço para parqueamento ou estacionamento, conforme o Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa.

Se por um lado essa nova divisão internacional do trabalho possibilitou a retomada das taxas de lucro, com um gigantesco aumento da produtividade e da mais-valia (ou seja, da exploração capitalista), e uma expansão crescente dos capitais em todo mundo, criou da mesma forma um problema: como reinvestir esses lucros de forma ampliada, como prosseguir a necessária acumulação capitalista? O capital, que não consegue ser reinvestido na esfera da produção com a mesma taxa de lucro, tendo em vista a superprodução quase constante de capitais nessa esfera, busca novos espaços e outras formas de acumulação. A ampliação da esfera financeira de valorização do capital e do setor *serviços* (incluídos aí os serviços em saúde) expressam essa superprodução.

Essa expansão da produção a nível mundial, essa nova divisão internacional do trabalho, possibilitou, de forma metafórica e apenas ilustrativa, afirmar que o mundo dividiu-se entre regiões que produzem matérias-primas e *commodities*, a “roça” e a “mina” do mundo (Brasil, América Latina, parte da África etc.), as “fábricas” do mundo (China, Índia, leste da Ásia etc.) e os “supermercados” do mundo (EUA, Europa etc.). No entanto, como é intrínseco ao modo de produção capitalista, e de forma ampliada e mais agressiva, na economia mundial da fase imperialista do capitalismo, as contradições entre as formações econômico-sociais, com seus respectivos Estados, não cessou, muito pelo contrário, acirrou-se assumindo novas e mais complexas formas.

Em conjunto com as astronômicas taxas de lucros obtidas pela nova DIT, as crises localizadas em regiões do mundo ou em setores da economia começaram a pipocar, de forma cada vez mais intensa e abrangente, diferente dos anos de relativo crescimento estável do pós-guerra, obrigando aos Estados e Organismos Mundiais enormes esforços tentando sustar o contágio de cada crise específica para o conjunto da economia mundial, na busca de evitar, ou pelo menos prorrogar, uma crise geral. Como dizia Marx (1980a) “todas as contradições da produção burguesa se patenteiam coletivamente nas crises gerais do mercado mundial, e de maneira dispersa, isolada, parcial nas crises restritas (*restritas* no conteúdo e na extensão).” (p. 968).

Numa rápida relação é possível listar algumas crises posteriores à década de 1970: a crise das moratórias no início dos anos 80 (Brasil, Argentina, México etc.), a crise bancária do sistema de poupança e empréstimos (savings and loans) dos EUA (1985); a quebra da bolsa de Nova Iorque (1987); a crise no Japão com o estouro das bolhas acionária e imobiliária, seguido de duas décadas de recessão, estagnação e deflação (1990); a recessão americana de 1990-1991; a crise do sistema monetário europeu e o ataque à libra esterlina (1992); a crise do México (1994-1995); a crise asiática (1997); a quebra do fundo especulativo Long Term

Capital Management (LTCM) nos EUA (1998); a crise russa (1998); a desvalorização do real no Brasil (1999); a crise da Turquia (2001); a crise da Argentina (2001); o estouro da bolha acionária e a recessão nos EUA (2000-2001); e finalmente a crise geral mais aberta que atinge o conjunto dos países capitalistas em todo o mundo a partir de 2007/2008 (conhecida, de forma equivocada e distorcida, como crise das hipotecas *subprime*). Essa última crise, pela dimensão e proporção que vem atingindo, pois ainda não foi superada, pode ser considerada como uma crise geral do modo de produção capitalista, semelhante às de 1929 e 1873.

Pode-se assim afirmar que desde o final da década de 1970, o imperialismo vive um período de crise crônica, latente, estrutural, com constante superprodução de capital, diferente do período que vai da II Guerra Mundial até os anos 1970. Caracterizando a fase atual como de um capitalismo senil, Tom Thomas (2007) afirma que “o capital não consegue iniciar uma nova fase, plena e clara, de acumulação ampliada. É senilidade no sentido de um estádio de desenvolvimento que o capital não consegue superar. A senilidade é a crise permanente” (p. 11). Esse mesmo autor, antes ainda do desenrolar dos fatos exemplares dos anos 2007/2008, caracteriza o período atual como um

[...] período histórico em que o processo de acumulação cada vez mais se processa aos solavancos, em que a crise se torna quase permanente, entrecortada por fases de crescimento cada vez mais curtas (ao contrário das crises “decenais” seguidas por retomas bastante sustentadas, típicas da época da maturidade). E é por isso que se pode falar, relativamente aos últimos trinta anos, *da* crise e não *de* crises. (THOMAS, 2007, p. 12).

Com o aprofundamento da crise geral principalmente a partir dos anos 2007/2008, aprofundam-se também as principais contradições que caracterizam a nova DIT:

1) Aprofunda-se a contradição entre os blocos econômicos dominantes, os blocos ou países imperialistas (EUA, Europa, Rússia, China, Japão). Apesar de integrados na produção mundial, a crise impõe aos capitais desses blocos (e aos seus Estados) uma ação muito mais ofensiva na defesa de mercados, no controle de fontes de matéria-prima, de rotas comerciais importantes etc. A guerra colonial contra a Líbia em 2011, as ameaças recentes de intervenção na Síria e no Irã, a ampliação da presença militar de vários países em várias partes do mundo, entre outros exemplos, são demonstrativos da intensificação das disputas econômico-militares dos tempos atuais¹².

2) Aprofunda-se a contradição pólo dominante x pólo dominado no sistema imperialista mundial. As formações econômico-sociais dominantes amplificam o controle

¹² James Petras, (2011) em artigo de 22/12/2011, intitulado *Obama eleva as apostas militares: confrontação nas fronteiras com a China e a Rússia*, mostra a velocidade e intensidade da escalada militar mundial no início dessa 2ª década do século.

sobre as formações dominadas de suas áreas de influência aumentando a exploração e o domínio sobre a economia desses países.

3) Aumenta a contradição fundamental do modo de produção capitalista: a contradição capital/trabalho. Na tentativa de manter as taxas de lucro as classes dominantes intensificam a exploração sobre as classes dominadas, efeito amplificado pela ação concentrada do Estado em salvar o capital (empresas, bancos etc.) em detrimento das políticas sociais¹³ para as classes dominadas. As manifestações populares na Europa, nos EUA, em vários países da África e da Ásia atestam esse fato.

4) Aprofunda-se a concorrência capitalista, com os capitais individuais disputando, numa luta de vida ou morte, os mercados ainda existentes e em redução por causa da crise.

5) Finalmente, amplia-se a contradição capitalismo x socialismo, com o retorno das idéias e do debate sobre a superação revolucionária do modo de produção capitalista, modo de produção este que a crise permite apresentar em seus limites insolúveis e suas contradições profundas.

A crise crônica, constante, estrutural que caracterizou a economia mundial dos anos 1980 até o final dos anos 2000 desembocou na crise geral mais aberta a partir de 2007/2008. O excesso de capital criado nesse período (e mesmo na fase anterior) gerou efeitos importantes na constituição e ampliação do capital privado nos serviços de saúde e no setor suplementar de serviços de saúde no Brasil e no mundo. Esse excesso de capital, que transborda das esferas de produção e busca valorização em outros mercados pode ser melhor compreendido utilizando-se o conceito de “supercapitalização”, avançado por Ernst Mandel.

2.1.4 A supercapitalização.

O excesso de capital na esfera da produção, sintoma agravado no período da crise crônica, precisa encontrar outros espaços de valorização, mesmo que signifiquem antecipações de valores que provavelmente nunca serão produzidos, e mesmo que criem um problema ainda maior ao capital acumulado: sua revalorização.

O fenômeno dessa expansão do capital, tanto no pós-guerra como na nova DIT após a crise dos anos 1970, e seu transbordamento em proporção inédita para novas áreas de acumulação, ditas “não produtivas”, é conhecido como *supercapitalização* (MANDEL, 1982). Segundo esse autor

¹³ O conteúdo do termo política social será discutido mais a frente, no capítulo 3.

[...] se o capital gradualmente se acumula em quantidades cada vez maiores, e uma parcela considerável do capital social já não consegue nenhuma valorização, as novas massas de capital penetrarão cada vez mais áreas não produtivas, no sentido de que não criam mais-valia, onde tomarão o lugar do trabalho privado e da pequena empresa de maneira tão inexorável quanto na produção industrial de 100 ou 200 anos antes. (MANDEL, 1982, p. 272).

Capitais que buscarão em outras esferas a valorização que é a razão de sua existência como capital. Será essa a causa da gigantesca expansão do capital aplicado à esfera financeira de valorização e dos capitais dirigidos a novas esferas de valorização como a saúde, a previdência e a educação. Em estudo que analisa a expansão do capital em direção à previdência privada, verifica-se que

Os montantes de supercapitalização originados na extração de mais-valia parecem ter crescentemente encontrado lugar para sua valorização no plano da circulação dos títulos financeiros sem ligação alguma com o que foi a origem do crédito, mecanismo demandado pelo capital industrial para financiar a produção, a real geração de riquezas. Como lembra Kurz (2006), *“No essencial, trata-se de uma ampla antecipação contínua de um futuro fictício de criação de mais valia, que na realidade nunca mais acontecerá. Neste desvio insustentável a longo prazo, manifesta-se o limite interno do modo de produção capitalista. No recurso ao futuro fictício geram-se encargos acumulados: toda a economia mundial arrasta consigo uma montanha de dívidas, créditos duvidosos e títulos de amortização.”* (GRANEMANN, 2006, p. 80).

De forma similar à previdência privada, serão capitais em excesso que migrarão para a oferta de serviços privados em saúde e para o setor suplementar (planos e seguros) de saúde, capitais que não encontram possibilidade de acumulação na esfera produtiva e buscam no setor de serviços oportunidades de valorização. O Estado, via previdência social principalmente, será o grande indutor desse processo como será mostrado no capítulo posterior.

Mandel mostra ainda que a expansão do chamado setor de serviços têm, em conjunto com o pré-requisito de grandes quantidades de capitais que não conseguem valorizar-se na indústria, outro pré-requisito na diferenciação do consumo, especialmente dos assalariados e da classe operária. Entre as várias fontes dessa diferenciação no consumo, fenômeno que se desenvolve gradualmente desde o século XIX, o autor destaca a

Compulsão econômica direta para comprar certas mercadorias e serviços adicionais, sem os quais se torna fisicamente impossível vender a mercadoria força de trabalho e comprar os meios de sua reprodução (o que deve ser claramente diferenciado de compulsões de manipulação social indireta, tais como a publicidade, por exemplo). Assim, hoje já não é economicamente possível para o assalariado médio ir a pé para o trabalho, não se envolver com um plano de seguro de saúde, usar privadamente para aquecimento o carvão industrializado ao invés de briquetes, petróleo, gás ou eletricidade. (MANDEL, 1982, p. 276).

O excesso de capital oriundo da acumulação gigantesca no final dos “anos dourados” do capitalismo mundial (final dos anos 1960 e início dos anos 1970) aliado à nova configuração da divisão internacional do trabalho posterior à crise de 1974 fornecerão o “combustível” para a expansão dos serviços privados em saúde e do setor dito complementar desses serviços. A forma como essa expansão se dará em cada formação econômico-social específica será resultado da conjuntura concreta de cada formação, da forma como se expressa na política, nas leis, na ideologia, a luta de classes em cada país.

Essa nova divisão internacional do trabalho gera desdobramentos na formação econômico-social brasileira que serão analisados, em seus aspectos mais gerais, no ponto a seguir.

2.2 RECONFIGURAÇÃO DA FORMAÇÃO ECONÔMICO-SOCIAL BRASILEIRA.

A forma como se reorganizou a economia mundial a partir dos anos 1970 exerceu seus efeitos na formação econômico-social brasileira, modificando-a e redefinindo a forma de sua inserção na divisão internacional do trabalho. Esses efeitos se deram nos limites determinados pela especificidade da formação do Brasil, ou seja, nos limites que as relações de produção na formação brasileira permitiram ou possibilitavam.

Silva (1986) dá um exemplo dessa aplicação dialética dos conceitos do materialismo histórico, na análise da integração contraditória das formações econômico-sociais à economia mundial:

[...] quando se trata de explicar o desenvolvimento do capitalismo em um país determinado, é necessário pôr em evidência e examinar as suas contradições particulares, sem perder de vista, é claro, que esse desenvolvimento faz parte do capitalismo internacional (o que determina inclusive as especificidades desse desenvolvimento). (SILVA, 1986, p.36).

Uma primeira expressão, ainda nos anos 70/80, dessa nova forma de inserção foi a ampliação da dívida externa brasileira. Os capitais excedentes no mundo encontraram nos empréstimos aos países dominados como o Brasil, uma solução para sua aplicação com possibilidades de retorno de várias formas: uma através dos juros desses empréstimos que, com taxas flutuantes, assim que a oferta de capital no mundo começou a reduzir, cresceram exponencialmente permitindo lucros enormes somente com os recebimentos dos serviços das dívidas, nunca quitadas e sempre renegociadas, mantendo uma constante dependência de novos capitais para pagamento de dívidas anteriores. Uma outra forma foi através do envio a

esses países, como parte dos empréstimos, de máquinas e mercadorias dos países que emprestavam, possibilitando o aquecimento de suas indústrias e o escoamento de parte da produção em excesso estocada. O economista francês François Chesnais¹⁴ identifica esse movimento:

A “dívida do Terceiro Mundo” foi uma alavanca poderosa que permitiu impor as políticas enérgicas de ajuste estrutural, austeridade fiscal, liberalização e privatização. Nada é mais seletivo do que um investimento ou uma aplicação em busca da rentabilidade máxima. [...] Com exceção daqueles [países dominados] que possuem matérias-primas de que os países industrializados ainda necessitam, os que interessam às STN e aos acionistas/proprietários são países como a China e a Índia que lhes oferece mão-de-obra qualificada (ou mesmo muito qualificada), bem disciplinada e muito barata. (CHESNAIS, 2005, p. 67).

Em alguns anos, as formações econômico-sociais que receberam esses empréstimos não conseguiram mais pagar sequer os serviços dessas dívidas e foram suspendendo os pagamentos, como as moratórias do México, da Argentina e do Brasil, demonstraram. “A multiplicação por três e mesmo por quatro das taxas de juros, pelas quais as somas emprestadas deveriam ser reembolsadas, precipitou a crise da dívida do Terceiro Mundo, cujo primeiro episódio foi a crise mexicana de 1982.” (CHESNAIS, 2005, p. 40).

Em “salvação” a essas formações, organismos internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial emprestavam recursos dirigidos aos pagamentos das dívidas, mantendo assim a valorização desses capitais, e exigiam como contrapartida a esses novos empréstimos que os países fizessem o “dever de casa” que resumidamente significava: cortar gastos públicos reduzindo despesas com a previdência, a saúde e a educação; privatizar setores em controle do Estado como o monopólio da exploração de minérios, metalurgia e siderurgia, petróleo e petroquímica, energia elétrica e telecomunicações; “abrir” a economia para o capital internacional eliminando barreiras alfandegárias ou empecilhos jurídicos a uma maior integração subordinada na economia mundial; flexibilizar direitos trabalhistas diminuindo os custos para a contratação de força de trabalho; e garantir prioridade e responsabilidade no pagamento de suas obrigações internacionais. O Estado, a partir dos interesses das classes dominantes nacionais e internacionais, e nos limites que a conjuntura estabelece, vai consolidando as alterações institucionais necessárias à expansão do capital privado para esses novos campos de acumulação, que antes ocupava como forma de atender aos insumos necessários para a

¹⁴ Em que pese que esse autor consegue expressar bem as características mais gerais dessa nova DIT, sua tese de que a valorização do capital na esfera financeira *determina* os investimentos na esfera produtiva, não compreendendo que é o inverso que ocorre (o excesso de capital na esfera produtiva que *transborda* para outras esferas de valorização), limita sua compreensão da realidade, como demonstra Klagsbrunn (2008).

produção capitalista no Brasil, inclusive no que tange a fornecer força de trabalho “saudável” e “capacitada” (saúde e educação), reduzindo o valor da reprodução desta força de trabalho, ou seja, diminuindo o salário a ser pago pelas empresas.

Além disso, já como expressão da nova divisão internacional do trabalho, o país intensifica sua relação com o capital internacional, integrando sua economia de forma mais profunda na economia mundial, permitindo aos grandes conglomerados financeiros, ganhos em economia de escala já que poderiam com menos entraves abraçar o processo de produção em quase todas as suas fases, sendo a formação brasileira importante elo no fornecimento de matérias primas e insumos. Essa pressão, aliada a possibilidade de lucros para setores do capital nacional, leva a um paulatino deslocamento do eixo dinâmico de nossa economia, da industrialização interna que caracterizou os anos 1950, 1960 e 1970, para um novo processo de *desindustrialização relativa* ou *reprimarização*, com o principal de nossa economia voltada para a produção de insumos primários demandados pela cadeia mundial de produção, ou seja, voltada cada vez mais para a produção de *commodities*. O termo *reprimarização* justifica-se pois, a formação econômico-social brasileira foi, principalmente após os anos 1970, especializando-se em produzir produtos primários voltados para a produção mundial, num processo que, de forma metafórica, parece um retorno à condição colonial, só que agora de novo tipo, já que guarda semelhanças com o período em que, como colônias, produzia-se fundamentalmente o que era demandado nos países dominantes. Trata-se também de uma *desindustrialização relativa*, já que o país torna-se um produtor especializado de produtos primários, desenvolvendo todo um setor industrial voltado para a produção de *commodities*. O jornal Valor Econômico de 13/01/2011 mostra no que se converteu principalmente a pauta de exportações do Brasil em 2010.

Em 2010, as vendas de cinco *commodities* – minério de ferro, petróleo em bruto, soja (grão, farelo e óleo), açúcar (bruto e refinado) e complexo carnes – responderam por 43,4% do valor total exportado pelo Brasil, uma fatia bastante superior aos 27% de 2004.

Mesmo entre as *commodities*, o Brasil exporta a maior parte delas sem valor agregado”. (VALOR, 2011, p. A3).

Os elos internos que ligavam a cadeia produtiva da formação econômica brasileira são quebrados e novos elos, mais profundamente integrados à dinâmica da reprodução do capital no mundo, se fortalecem, ampliando nossa dependência da economia mundial (sem com isso querer dizer que o país era “independente” ou “soberano” anteriormente, mas sim que alterou e aprofundou sua inserção dominada na economia mundial).

Como bem demonstrou Bettelheim (1969, p. 27)

[...] um país dominado, ou anteriormente dominado, que não modifica sua situação na divisão capitalista do trabalho internacional não faz senão reproduzir a sua situação desfavorável: quanto mais cresce a produção dos produtos que o seu “lugar” lhe atribui, mais participa do agravamento da sua situação desfavorável (as manipulações de preço não podem modificar esse fato enquanto subsistir uma economia mundial capitalista).

Cabe destacar que as alterações em nossa formação não se trataram apenas de um movimento de “fora” para “dentro”, de pressões externas que obrigaram nossa reconfiguração e reinserção na economia mundial. Apesar dos interesses dos capitais internacionais, capitais nacionais também viam nessa nova forma de inserção da economia nacional na divisão internacional do trabalho, enormes possibilidades de lucro já que havia tanto um mercado interno consumidor desses produtos e serviços como uma nova e enorme demanda internacional por produtos que o Brasil poderia oferecer. Além disso, tornou-se quase impossível competir com os gigantescos capitais financeiros que para cá migravam sem impedimento de nenhuma forma, buscando produzir os insumos demandados na economia mundial. Assim, nossas “vantagens comparativas”, tese outrora tão criticada, passou a ser nosso propagado passaporte para um futuro como “país de 1º mundo”. O discurso dominante passou a ser o de que somos “abençoados” com terra, água e sol abundantes e o ano todo, o que nos possibilita vantagens na produção de várias *commodities* agrícolas e pecuárias, que aliadas à produção de petróleo e minérios, garantem nosso desenvolvimento econômico e social. Claro que dependendo totalmente de que haja interessados nesses produtos em algum lugar do mundo, já que internamente consumimos uma parcela ínfima dessa produção.

Concomitante com a nova forma de organização da economia nacional surge uma gigantesca máquina de valorização do capital na esfera financeira. Capitais que não encontravam possibilidades de lucro na produção conseguem valorizar-se antecipando expectativas de lucros futuros, estimulando novos empreendimentos nacionais e internacionais, ampliando de várias formas o endividamento para o consumo, além de um sem número de maneiras de valorização na esfera financeira (derivativos, mercado futuro, especulações nas bolsas, fusões e aquisições etc.), quase autônomas em relação à produção real. Resolvem imediatamente a questão de reproduzir o capital sobreacumulado, criando no entanto, enormes bolhas especulativas em diversas esferas da economia (bolsas, mercado imobiliário, nas *commodities* etc.) adiando o inevitável ajuste de contas com a lei do valor, ou seja, a adequação forçada dos preços dos produtos aos seus verdadeiros valores, que a crise periodicamente impõe.

Parte desse capital excedente, nacional e estrangeiro, que não consegue taxas de lucro na produção, desloca-se para esferas antes eminentemente públicas, como a saúde, a previdência e a educação. Em estudo sobre a previdência privada no Brasil (e que guarda importantes relações com a expansão da saúde suplementar), Sara Granemann levanta aspectos que contribuem na análise do desenvolvimento do setor estudado nesse trabalho.

No Brasil, embora os primeiros fundos de pensão datem da década de 1970, eles somente desenvolveram-se de modo importante a partir da década de 1990 por razões assemelhadas as encontradas em outros países do mundo ao longo da década de 1980 como os movimentos típicos do capital: integração dos mercados nacionais com a quase total abolição dos controles que freavam a livre circulação dos capitais portadores de juros entre os países industrializados; a desregulamentação dos marcos legais que pôs fim à separação dos mercados e permitiu aos diferentes capitalistas – entre eles os Investidores Institucionais – investir em todos os mercados financeiros e, por fim, a desintermediação que tornou possível o desenvolvimento das finanças diretas e deu espaço à ação dos Investidores Institucionais (GRANEMANN, 2006, p. 43-4).

Toda essa transformação na divisão internacional do trabalho e na formação econômico-social brasileira exerce efeitos no âmbito da superestrutura política, jurídica e ideológica. Ideologicamente, termos como *globalização*, *aldeia global*, ou outros, buscam expressar essa nova fase da integração à economia mundial, identificando essas noções como algo moderno e atual, em contraposição à visão atrasada e conservadora do nacionalismo. Na formação brasileira, moderno pressuporia aquilo que está integrado ao mundo, ao que é produzido lá fora e arcaico seria o que está fechado a essa integração, a essa internacionalização, a essa globalização. Como mostram Lesbaupin e Mineiro (2002, p. 65) “desde que a ideologia neoliberal se tornou hegemônica nos anos 90 no Brasil, seus promotores sabiam que, para colocá-la em prática, seria preciso uma vasta campanha de desinformação da opinião pública”. Um exemplo claro se deu no discurso das razões da pobreza, como se pode ver a seguir:

Até o fim dos anos 80, a pobreza e a miséria no Brasil eram consideradas como resultado da má remuneração do trabalho: o salário era baixo, o salário-mínimo diminuto. Em poucos anos, esta interpretação foi mudada: a pobreza passou a ser resultado da “incompetência” enquanto a riqueza passou a ser fruto da “competência”. Com esta manobra, dissociou-se a pobreza da riqueza e se deu aos ricos a justificativa para que eles pudessem viver tranquilos (e, se fossem empresários, pudessem explorar seus trabalhadores sem culpa). (LESBAUPIN; MINEIRO, 2002, p. 83).

2.2.1 Os desdobramentos da nova DIT e da reconfiguração da FES brasileira na Amazônia.

Na Amazônia e no Pará especificamente, as transformações na economia mundial e brasileira relatadas, aprofundaram o caráter colonial do desenvolvimento implementado nessa região, o caráter de enclave, determinado de fora para dentro, com áreas privilegiadas em investimento conforme a possibilidade de produzirem bens primários demandados mundialmente. Lúcio Flávio Pinto já alertava para a necessidade da utilização do saber contra o “*destino colonial*” da Amazônia.

A melhor abordagem do saber é indispensável para que esse tempo amazônico seja, também, um tempo universal, que lhe garantirá a contemporaneidade histórica. É a única maneira de livrá-la de um destino colonial, cuja característica marcante é a impossibilidade de usar suas riquezas em benefício próprio, antes e acima de tudo. (PINTO, 2000, p. 10 apud TEIXEIRA, 2004, p. 75).

No caso dessa região sequer se pode falar em reconfiguração de sua economia. Ela sempre esteve pautada em interesses exógenos, voltados para exploração de produtos primários existentes na região, desde o antigo sistema colonial¹⁵ até os tempos atuais. A própria SUDAM (Superintendência para o Desenvolvimento da Amazônia), nos documentos em que avaliava o desenvolvimento regional e propunha planos para prováveis novos desenvolvimentos, identificava esse aspecto: “Porém, o mais grave é que esse processo de crescimento teve uma limitada articulação endógena que gerou pouca internalização de renda e emprego regional, uma vez que se baseou, fundamentalmente, em grandes complexos produtivos de caráter predatório e enclavado” (SUDAM, 1993 apud TEIXEIRA, 2004, p.73). Outros autores e estudiosos da região demonstram o mesmo como demonstra Teixeira (2004)

É consensual, na literatura que analisa o assunto, que estes projetos não se articulam com a estrutura de produção da região e não produzem os efeitos para frente e para trás. Segundo COSTA, FERREIRA E JATENE (1978), estas novas atividades econômicas, tornam-se enclaves ao explorar recursos minerais não renováveis e ao eliminar os potenciais econômicos ora existentes, sem propiciar, ainda, benefícios para as áreas próximas, formando-se lócus de prosperidade em meio da pobreza. (p. 80).

Essa característica de desenvolvimento regional voltado para a exportação de produtos primários, contribuindo com a elevação da balança comercial brasileira está presente em vários documentos da SUDAM. Como exemplo, dois trechos de trabalho dessa superintendência, intitulado *Construindo o Futuro da Amazônia. Estratégias para o desenvolvimento sustentável 2000/2003* (2000).

O II PND [Plano Nacional de Desenvolvimento] – 1975/1979 aprofunda a noção da Amazônia como fronteira de recursos e enfatiza a contribuição que

¹⁵ “Antigo” para utilizar termo de Fernando Novais em seu conhecido trabalho *Estrutura e Dinâmica do Antigo Sistema Colonial* (1993), mostrando que se há antigo sistema colonial é porque deve haver um novo.

ela deveria dar, no futuro, para a balança comercial brasileira, fato que vem a se concretizar mais tarde mediante a exportação de bens da atividade extrativa mineral, associada a alguns pólos de pré-beneficiamento desses minérios, agora numa dimensão ampliada tendo como suporte uma infraestrutura bem mais sofisticada.

[...] De fato, uma das características mais marcantes da estrutura produtiva da Amazônia é o seu padrão locacional excessivamente concentrado, atuando os elos internacionais como foco de dinamismo de sua economia, a despeito de seus efeitos multiplicadores serem pouco significativos, no que diz respeito ao sistema produtivo regional. (p. 8-9).

Ou seja, são os “elos internacionais” que atuam como “foco de dinamismo” caracterizando a “estrutura produtiva da Amazônia”, mesmo que seus “efeitos multiplicadores” na região sejam “pouco significativos”. Traduzindo, mesmo estando explícito: o desenvolvimento regional é determinado pelos interesses da reprodução do capital em escala mundial, ainda que isso signifique pouco ou quase nada para a população da região (mesmo nos limites do desenvolvimento capitalista). E a própria SUDAM (2000, p. 10) afirma que áreas geoeconômicas se destacaram:

1) O Triângulo de Carajás, correspondendo ao complexo minero-metalúrgico, hidrelétrico, portuário e industrial de maior complexidade da região. Com vértices em Belém (PA), São Luís (MA) e Marabá (PA), essa área tende a incorporar Macapá (AP) e Imperatriz (MA), e tem frente avançada em Oriximiná (PA), onde se localiza a Mineração Rio do Norte;

2) O Núcleo Eletro-eletrônico de Manaus, referente à Zona Franca de Manaus com um conjunto de estabelecimentos montadores de bens de consumo durável e;

3) A faixa Agroindustrial e Agropecuária que se estende ao longo das rodovias que circundam a Amazônia.

Como se vê, os setores “*com economia adensada e organizada*” (SUDAM, 2000, p. 9) são exatamente aqueles mais integrados à reprodução do capital no mundo, setores comandados a partir desses interesses, e com pouquíssima articulação endógena. Os planos de desenvolvimento regional conseguem enxergar essa característica mas não transformá-la em propostas de uma nova forma de desenvolvimento regional, já que não são os planos que dirigem a reprodução do capital e o desenvolvimento efetivamente realizado. Os planos de desenvolvimento da região ficam parecidos com “idéias fora de lugar”¹⁶ (SCHWARZ, 1998), como demonstram Chelala e Rabelo (2006), em trabalho que analisam elementos condicionantes do desenvolvimento regional.

¹⁶ Ideologias que não correspondem às aparências necessárias para encobrir as relações de produção. Idéias deslocadas, “*fora de lugar*”, de segundo grau. “Nesse contexto, portanto, as ideologias não descrevem sequer falsamente a realidade, e não gravitam segundo uma lei que lhes seja própria – por isso as chamamos de segundo grau” (SCHWARZ, 1998).

Não se deve pensar, como antecipado anteriormente, que a relação entre as mudanças na divisão internacional do trabalho, na formação econômico-social brasileira e seus desdobramentos na superestrutura sejam relações entre duas instâncias separadas, uma (a infraestrutura) causando os efeitos na outra (a superestrutura). É uma relação entre duas instâncias expressas teoricamente de forma separada, mas que se interpenetram, exercem influência em duplo sentido, e em que a infraestrutura só deva ser pensada como determinante em última instância. As transformações no âmbito da ideologia exercem efeitos fundamentais na reprodução dessa nova divisão internacional do trabalho, funcionando como estimulante à adaptação das formações a essa nova divisão, efeitos concretos e práticos que interferem na forma como se dá a reprodução no geral e em cada formação especificamente. Seus efeitos na política e, conseqüentemente, na adaptação do aparato jurídico e político à nova forma de inserção da FES à DIT são claros, eficazes e demonstram sua importância.

No âmbito do aparato jurídico e político o destaque principal das transformações que caracterizam esse período foi para a reconfiguração ou contrarreforma do Estado brasileiro. O Estado é transformado, regressivamente, de maneira a garantir da melhor maneira sua função principal: a reprodução das relações de produção dominantes, como será exposto no tópico seguinte.

2.2.2 A contrarreforma do Estado brasileiro.

No período anterior aos anos 1970, o Estado foi elemento fundamental como indutor das condições de reprodução e ampliação ao capital nacional ou internacional, na formação brasileira. Sua ação central era garantir, na situação de então, as condições para essa reprodução, intervindo para fornecer insumos fundamentais à produção como matérias-primas (petróleo, minérios, energia em geral, produtos básicos), infraestrutura (portos, estradas, ferrovias, telecomunicações, terminais de estoque e abastecimento) e força de trabalho “subsidiada” ao capital (estímulo à migração, saúde e educação pública, previdência e assistência social, moradia etc.). É óbvio que a ação do Estado sofre as pressões da luta e dos interesses de classes existentes mas sua função principal nunca deixa de ser exercida, sempre na realidade concreta da conjuntura de cada período, como já demonstrado.

Após a crise dos anos 1970 e o surgimento de uma nova divisão internacional do trabalho, com a paulatina reconfiguração da formação brasileira, o Estado no Brasil, sempre dentro dos limites impostos pela conjuntura, vai sofrendo alterações a adaptando-se para corresponder melhor a essa nova realidade. Os anos 1980 expressam a luta por essa

modificação nas ações do Estado. O governo Collor (1990/1992) tenta dar ímpeto a essas mudanças mas sua interrupção pelo impeachment, em 1992, atrasa a velocidade desse processo, sem paralisá-lo, como comprovam as primeiras privatizações ainda no governo Itamar Franco (1992/1993). No entanto, será no governo de Fernando Henrique Cardoso (1994/1997 e 1998/2002) que as mudanças no Estado e no aparato jurídico brasileiro sofrerão as principais alterações necessárias ao novo quadro da economia mundial.

Essas alterações ficaram identificadas com o termo de *Reforma Gerencial do Estado* (BRESSER-PEREIRA, 2000), implementadas no Brasil principalmente a partir de 1995, (na verdade uma contrarreforma, por seu caráter regressivo) e um dos principais ideólogos dessa transformação, Luis Carlos Bresser-Pereira, que foi Ministro da Administração e Reforma do Estado, no 1º governo de Fernando Henrique Cardoso, a apresenta assim:

A Reforma Gerencial do Estado que vem ocorrendo em um grande número de países faz parte de um movimento mais amplo que é o da reforma do Estado. Nos anos 80, a preocupação fundamental da “primeira onda” de reformas foi promover o ajuste estrutural das economias em crise, particularmente aquelas altamente endividadas e em desenvolvimento, como a do Brasil. Já nos anos 90, quando se percebe que esse reajuste não poderia, em termos realistas, levar ao Estado mínimo, temos a “segunda onda” de reformas. Enquanto na primeira onda o domínio da perspectiva econômica leva, em relação ao Estado, essencialmente à política de downsizing, a segunda onda de reformas tem caráter institucional. Agora, o projeto fundamental é reconstruir ou reformar o Estado, recuperando a sua governança (BRESSER-PEREIRA, 2000, p. 10).

Extremamente explícito. A “primeira onda” busca realizar o “ajuste estrutural” ou seja, adaptar estruturalmente o Estado para a nova forma de inserção da formação econômico-social brasileira na divisão internacional do trabalho. Para isso o Estado vai deixando de intervir diretamente em vários setores da economia, permitindo ao capital privado nacional e internacional ocupar esses espaços. O Estado continua sustentando esse processo seja reduzindo o valor das empresas que seriam privatizadas, seja financiando as empresas interessadas em adquirir as estatais. “Privatizar se tornou a nova palavra de ordem. Todos os meios foram utilizados para convencer a opinião pública dos benefícios e do caráter bem-fundado da privatização” e “além disso, o governo concedeu, através do BNDES, empréstimos subsidiados” (LESBAUPIN; MINEIRO, 2002, p. 29-30). Abrem-se assim vários setores para a aplicação de capitais com destaque para a mineração, siderurgia e metalurgia, telecomunicações, energia elétrica, petroquímica, exploração petrolífera, infra-estrutura de estradas e portos etc.

Esse ajuste estrutural, pressionado pela imensa dívida externa e pelos organismos internacionais como o FMI e o Banco Mundial, é feito de acordo com as necessidades de

integração da economia brasileira à economia mundial, e tem sua contrapartida formal nas alterações legais permitindo uma maior liberdade aos movimentos de capitais que aqui investem na busca de maiores taxas de lucros, e mesmo aos capitais daqui que buscam atuar em outras áreas do planeta, processo que persiste e se aprofunda até os dias atuais. A maior integração da formação econômico-social brasileira à economia mundial gera alterações na estrutura produtiva, adequando-a às demandas internacionais, redefinindo cada vez mais as prioridades internas de produção em função dos interesses e necessidades das formações econômicas dominantes, como demonstra Soares (2001, p. 156-7):

[...] o alegado aumento da “competitividade” trouxe (e traz) consigo, na realidade, um enorme potencial de destrutividade. Segmentos inteiros da nossa economia foram desmantelados, com todas as sequelas econômicas e sociais conhecidas, como por exemplo o desengajamento de parte de nossa força de trabalho.

A “segunda onda” da reforma do Estado tem o foco principal nas reformas institucionais sempre baseada nos critérios gerenciais da administração privada. Nas palavras de Bresser-Pereira (2000, p. 11).

Trata-se aqui de colocar em prática as novas idéias gerenciais, e oferecer um serviço público de melhor qualidade, em que o critério de êxito seja sempre o do melhor atendimento ao cidadão-cliente a um custo menor. Para isto a implantação das agências autônomas, ao nível das atividades exclusivas do Estado, e das organizações sociais no setor público não-estatal será a tarefa estratégica.

No mesmo texto o autor afirma que “a reforma é gerencial porque busca inspiração na administração das empresas privadas, e porque visa dar ao administrador público profissional condições efetivas de gerenciar com eficiência as agências públicas.” (BRESSER-PEREIRA, 2000, p. 17). É neste contexto que surgem as agências reguladoras que serão “entidades com autonomia para regulamentarem os setores empresariais que operem em mercados não suficientemente competitivos” (BRESSER-PEREIRA, 2000, p. 15), e buscando dar maior liberdade de movimentos, “a lei deixará espaço para ação reguladora e discricionária da agência, já que não é possível e nem desejável regulamentar tudo através de leis e decretos” (BRESSER-PEREIRA, 2000, p.16).

Tratava-se, na verdade, de exigência do mercado, como demonstra Misse (2010).

As principais formas de realização do programa brasileiro de privatização foram a alienação do controle acionário das entidades estatais, por meio de Leilão na bolsa de valores, e a concessão da exploração de serviços públicos a empresas privadas. Em se tratando da destinação de coisa pública, tal processo teve de ser acompanhado de previsão legal, que acabou por gerar as agências reguladoras, como exigência do chamado “Mercado”, dedicadas primeiramente aos setores de monopólios naturais (p. 111).

Esse mesmo autor afirma que as agências reguladoras surgem no Brasil

[...] como forma de garantia de manutenção dos contratos de concessão com as empresas privadas detentora dos direitos de exploração dos serviços concedidos pelo Estado, pois, para que a privatização ocorresse, era necessário que, ao realizar a compra, o comprador tivesse garantias de que não haveria quebra de contrato por parte dos governos futuros.

A delegação da função reguladora do Estado a esses entes serve de garantia ao manutenção dos contratos de concessão firmados à época da privatização, e o termo “agência” é expressão simbólica da segurança requerida pelo sistema financeiro, como indicador de que esse Estado teria feito as “Reformas necessárias” para que tenha acesso às linhas de crédito e ao Capital internacional” (MISSE, 2010, p. 124).

As agências reguladoras são contemporaneamente, para o autor citado, resultado do “fenômeno de retirada do Estado da exploração direta de atividades econômicas [Reforma do Estado], com a consequente ampliação de sua atuação reguladora” (ALEXANDRINO; PAULO, 2003, apud MISSE, 2010, p. 120). São ainda, no Brasil, “a expressão final desse processo de Reformas que teve início na década de 1970, ganhou força com o Consenso de Washington e começou a ser implantado nos anos 80 pelos governos Reagan e Thatcher” (MISSE, 2010, p. 123).

2.2.3 A Lei dos Planos de Saúde e o surgimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

O setor suplementar de saúde teve sua primeira lei específica, a Lei Nº 9656/98 aprovada em 03/06/1998, que dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde. Em seu artigo 1º apresenta em três incisos as seguintes definições do que pode ser incluído como planos e seguros de saúde :

I – Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

II – Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;

III – Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele

contidos. (Art. 1º da Lei Nº 9656/98 de 03/06/98).

Nos §§ 1º, 2º e 3ª desse mesmo artigo inclui, no âmbito das normas e fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, “qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira” (Lei Nº 9656/98 de 03/06/98) além das cooperativas que operem produtos do inciso I da Lei Nº 9656/98 assim como as “entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração” (Lei Nº 9656/98 de 03/06/98).

Já a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, foi criada pela Lei Nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000, como autarquia de natureza especial com autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, além de autonomia nas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes. A finalidade institucional da ANS é “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo com o desenvolvimento das ações de saúde no País” (Art. 3º da Lei Nº 9.961/00). A mesma Lei estabelece que “a administração da ANS será regida por um contrato de gestão negociado entre seu Diretor-Presidente e o Ministro de Estado da Saúde e aprovado pelo Conselho de Saúde Suplementar” (Art. 14 da Lei Nº 9.961/00), que “estabelecerá os parâmetros para a administração interna da ANS, bem assim os indicadores que permitam avaliar, objetivamente, a sua atuação administrativa e o seu desempenho” (Art. 14, § Único, da Lei Nº 9.961/00).

A Lei Nº 9.656/98, em conjunto com a MP 2.177-44 (Medida Provisória adotada inicialmente com o Nº 1.665 para garantir a aprovação da lei no Senado e republicada várias vezes) e a Lei Nº 9.961/00 constituem o marco legal do processo de regulação do setor suplementar de saúde no Brasil.

Esses marcos regulatórios estabeleceram regras e definiram padrões de funcionamento aos prestadores de serviços, estabelecendo parâmetros legais para regular o setor no contexto da *Reforma Gerencial do Estado*. A criação da ANS, para Fausto Santos significou um importante passo na regulação do mercado, possibilitando ampliar o papel de regulação e controle da assistência no setor (SANTOS, 2006). Assim, a partir de 1999, a atuação das operadoras de planos de saúde passa a ser delimitada formalmente por um marco regulatório definido em lei.

A definição de um arcabouço legal para o mercado de serviços suplementares em saúde expressou o crescimento e a necessidade de estabelecer formalmente os limites legais que normatizassem a concorrência capitalista no setor, permitindo sua reprodução a partir dos interesses de todo o setor e não de uma ou outra empresa específica. Foi uma expressão da expansão e consolidação do capital aplicado a esse mercado, da existência consolidada de um setor capitalista de serviços privados de saúde suplementar, os planos e seguros de saúde. As leis, normas e regulamentos institucionalizados em determinado período expressam, de forma camuflada ou aparente, a conjuntura daquele período, expressam a correlação de forças da sociedade em determinado momento histórico, são sua “impressão digital” sempre apresentada a partir da ideologia dominante nos limites que a conjuntura permite.

Na análise do desenvolvimento das ações em saúde no Brasil, apresentada no Capítulo 3 desse trabalho, será possível localizar a identidade entre as decisões administrativas, as alterações legais e os movimentos contraditórios da expansão capitalista no país e no setor dos serviços em saúde especificamente, sempre mediados pela luta de classes que, em última instância, decide tudo.

3 SAÚDE E CAPITALISMO NO BRASIL. UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO.

3.1 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS NA ANÁLISE DAS AÇÕES EM SAÚDE NO BRASIL.

No capítulo anterior apresentam-se as características centrais da conjuntura mundial e brasileira nos últimos anos, mostrando que há uma relação entre a forma que assume a organização da economia mundial após a crise dos anos 70 e a reconfiguração da formação econômico-social do Brasil nesse período. Essa reconfiguração interfere na maneira como o capital reproduz-se internamente, tanto no geral como em cada setor específico, inclusive na área da saúde. Tal análise fez-se necessária para compreender o desenvolvimento desse setor, possibilitando encontrar sua lógica assim como as tendências que dirigem sua expansão.

Com o objetivo de uma maior aproximação do objeto de estudo, qual seja, a ampliação do setor suplementar de saúde na Região Metropolitana de Belém, apresenta-se nesse capítulo a forma como a questão da saúde vem sendo “tratada” no Brasil ou, mais precisamente, como se desenvolveu esse setor levando-se em consideração tanto as ações do Estado como o desenvolvimento do próprio setor.

Nessa análise, destacam-se os fatos principais e os pressupostos que nortearam o desenvolvimento das ações em saúde no Brasil, revelando o quadro que dará origem, principalmente a partir dos anos 70, à expansão dos planos e seguros de saúde no Brasil.

Num primeiro momento, apresentar-se-á os pressupostos que norteiam a abordagem neoclássica utilizada em determinados estudos em saúde. Em contraposição será apresentada a abordagem baseada nas relações sociais ou na reprodução do capital, demonstrando a opção teórica adotada nesse trabalho. Verifica-se que não há unanimidade com relação à questão de como deve ser analisado os serviços em saúde e que, dependendo dos pressupostos adotados, é possível chegar a conclusões diferentes, tanto sobre o que aconteceu, como aconteceu e o que tende a acontecer.

3.1.1 A abordagem neoclássica.

A abordagem do problema baseada nos pressupostos da economia neoclássica considera a prestação de serviços de saúde como uma questão que diz respeito exclusivamente à racionalidade das decisões administrativas, aliada às vontades sempre racionais dos consumidores. Trata-se de discutir o funcionamento desse setor específico, o “setor saúde”,

corrigindo distorções de oferta desse bem, à luz de seu consumo como uma necessidade universal a partir da “soma” das necessidades individuais. A partir dessa abordagem, parece que a situação da saúde seria resultado da correção na relação entre essas duas variáveis (oferta e consumo). E o mercado poderia corrigir eventuais distorções, com a ajuda mais ativa ou não do Estado, dependendo da corrente de opinião, dentro desse mesmo pressuposto. O “retorno” aos investimentos nessa área mede-se em qualidade ou prolongamento da vida humana.

É inegável que com o advento do modo de produção capitalista, a expectativa de vida ampliou-se enormemente em comparação ao período feudal. Mas essa ampliação não foi resultado exclusivo de maiores ou melhores cuidados em saúde e sim fundamentalmente como resultado dos avanços na produção e na oferta de bens de consumo resultado da Revolução Industrial. Maior produção gerando maior consumo. Como afirmam Braga e Paula (1986) a partir de citação de Mario Magalhães em 1948,

a utilização de máquinas movidas a carvão e posteriormente a petróleo teve como resultado uma maior capacidade produtiva, uma maior produção e, portanto, um maior consumo social. E é exatamente este maior consumo, e não a melhor assistência à saúde, que possibilita uma vida mais longa e mais saudável. (BRAGA; PAULA, 1986, p. 7).

No entanto, se essa afirmação pode ser considerada correta comparando o modo de produção capitalista com outras formações sociais antecedentes ao capitalismo, em nenhuma hipótese pode ser considerada como uma regra geral. Esses mesmos autores afirmam que “a elevação do produto social é condição necessária, mas não suficiente, para o aumento do consumo. Para tal, é necessário que se assegure também alguns mecanismos de distribuição de tal produto” (BRAGA; PAULA, 1986, p.8). No modo de produção capitalista, a elevação do produto social não tem como objetivo a elevação do consumo social e sim o aumento das taxas de lucro, mesmo que, contraditoriamente, esse aumento signifique a diminuição do consumo social, ou mesmo do número absoluto de consumidores, pela substituição de trabalhadores por máquinas no desenvolvimento da produtividade.

É a partir da II Grande Guerra que as questões relacionadas à saúde terão uma interpretação mais consolidada do ponto de vista econômico, principalmente a partir do que ficou conhecido como Economia da Saúde.

Economia da saúde é o campo de investigação cujo tema é o uso ótimo de recursos para o cuidado de doentes e a promoção da saúde. Sua tarefa é avaliar a eficiência dos serviços de saúde e sugerir meios de melhorar sua organização. (MUSHKIN, 1958, p. 790 apud BRAGA; PAULA, 1986, p. 20).

Essa abordagem deixa claro que a questão não é a de procurar entender as condicionantes sociais e econômicas que interferem nas ações no âmbito da saúde, muito menos a compreensão da reprodução do capital nesse setor, mas sim o estudo da eficiência e do desempenho dos serviços de saúde vendo neles os determinantes do nível de saúde da população, aliado ao comportamento dos indivíduos-consumidores.

Andreazzi (2002) classifica em duas grandes linhas os trabalhos na área da saúde coletiva: 1) os modelos centrados no comportamento do indivíduo, sendo a mais utilizada pela Economia da Saúde, e 2) os modelos centrados nas relações sociais. Os primeiros, com base na economia neoclássica, interpretam a questão da saúde a partir da teoria da utilidade em que “os consumidores procurariam a maximização dos benefícios obtidos, a partir de suas preferências. A demanda é entendida como um ato resultante da vontade soberana do indivíduo, a partir do pressuposto de uma racionalidade ilimitada.” (ANDREAZZI, 2002, p. 87). Essa autora, citando Musgrove (1985) que também estuda os serviços de saúde a partir desse campo, destaca os seguintes elementos “a) a renda dos consumidores; b) os custos em dinheiro e tempo; c) o estado de saúde como doença percebida” (ANDREAZZI, 2002, p. 88). Os modelos centrados nas relações sociais, entre indivíduos ou classes sociais, serão abordados mais adiante, ao falar das teses sobre o surgimento e a expansão da demanda privada em saúde.

Braga e Paula (1986) resumem brilhantemente a abordagem marginalista, baseada nos pressupostos neoclássicos, em saúde:

a análise marginalista volta-se fundamentalmente para o desempenho e o funcionamento das unidades prestadoras de saúde e para os efeitos de tais serviços ou do setor como um todo sobre a saúde das populações. Nesta linha de pensamento, saúde é vista como utilidade em si mesma. Quer dizer, o indivíduo se satisfaz com saúde da mesma forma que se satisfaria com qualquer outra utilidade; saúde, portanto, torna-se um bem a ser produzido e sujeito à decisão econômica “racional”. A análise marginalista ignora completamente que as necessidades individuais se estabelecem dentro de uma estrutura econômica em que as opções para suas satisfações são limitadas pela própria estrutura. [...] “produzir” saúde nas sociedades em que vivemos tem conotações econômicas, políticas e ideológicas específicas completamente ignoradas pela análise marginalista, que pressupõe ser a “saúde” uma necessidade universal (BRAGA; PAULA, 1986, p. 33-4).

Os autores mostram ainda que “não existe uma relação necessária e suficiente entre melhor e maior aparato de atenção médica e melhores níveis de saúde coletiva”, e que “a prestação de serviços de saúde é uma instância da sociedade, sujeita – assim como os níveis de saúde da população - a uma determinação social mais ampla” (BRAGA; PAULA, 1986, p. 34).

Apresentada sucintamente a abordagem neoclássica da questão da saúde, é possível afirmar que seus limites não permitem uma compreensão aprofundada dessa questão, já que não superam a descrição de efeitos aparentes e superficiais do problema, impossibilitando a apreensão das conexões, internas e externas, que dão sentido ao seu desenvolvimento. Limitada a pressupostos ideológicos, a abordagem neoclássica não encontra as determinações econômicas, políticas e sociais e nem revela as contradições que caracterizam a questão da prestação do cuidado em saúde.

3.1.2 A abordagem baseada nas relações sociais ou na reprodução do capital.

De forma contrária à abordagem citada anteriormente, uma outra aproximação da questão da prestação dos serviços de saúde deve ser feita, possibilitando uma compreensão mais aprofundada de seu movimento. Como orienta Granemann (2006), em seus estudos sobre a previdência privada, que servem também aos estudos sobre saúde privada, incluindo a suplementar, “a crítica da economia política da previdência somente é possível se reivindicarmos a tradição teórica iniciada por Marx.” (p.12). Mota (2007a) propõe, no mesmo sentido, uma abordagem que “coloca a saúde como parte de uma totalidade historicamente construída, negando as abordagens instrumentais que defendem o mero conhecimento técnico aplicado” (MOTA, 2007a, p. 9). Uma abordagem que leve em consideração que os sistemas de atenção à saúde estão integrados em formações econômico-sociais, no caso brasileiro, formação hegemônica pelo modo de produção capitalista, caracterizada por relações de produção capitalistas, que têm a necessidade de reproduzir-se, reproduzindo todas as suas contradições.

Essas relações de produção nada mais são que a expressão da luta das classes sociais existentes, luta que se dá fundamentalmente no âmbito da produção, pela repartição do valor produzido, em que a classe dominante (detentora dos meios de produção) age continuamente sobre a classe dominada (obrigada a vender sua força de trabalho) buscando ampliar a quota de trabalho não paga aos produtores, o trabalho excedente, ampliando sempre tanto de forma absoluta como, principalmente, relativa (pelo desenvolvimento das forças produtivas), o mais valor produzido e expropriado.

Sara Granemann (2006, p. 9-10), ao criticar as análises dominantes sobre o desenvolvimento da previdência, nos aponta o caminho a seguir nos estudos sobre a saúde:

Outro ponto a ser notado – e criticado – é o trato da gênese e do desenvolvimento da previdência social como algo resultante das ações de

proteção familiar que remontam aos primeiros habitantes do planeta e, como se fora algo decorrente de práticas cada vez mais aperfeiçoadas, que em certo passo da história converteram-se em políticas de seguridade e de previdência social. Desnecessário dizer que tais análises suprimem todas as formas de luta das classes e ignoram que sua produção histórica só foi possível em um determinado modo de produzir mercadorias: o modo de produção capitalista. Além de naturalizar as lutas sociais e desprovê-las de sua força, estas análises pavimentam o “desdobramento” também naturalizado, da previdência social para a “previdência privada” como etapa necessária e sem traumas de uma evolução inconclusa e, sobretudo, benéfica ao conjunto dos homens, também estes, apartados de classes e de interesses sociais. (2006, p. 9-10).

Na citação acima, a substituição dos termos “previdência social” e “previdência privada” por “serviços em saúde” e “serviços privados em saúde” poderia ser feita, apontando claramente a perspectiva geral de aproximação científica ao objeto de estudo pretendida nesse trabalho.

Duas questões já se apresentam imediatamente para a análise da saúde a partir desse referencial teórico. Primeiro, compreender a conjuntura em que se dão as ações no âmbito da saúde, o quadro mais geral da reprodução do capital que interfere no setor e, em conjunto, analisar a reprodução da própria força de trabalho, recurso fundamental sem o qual não há produção de valor. Além dessas duas questões cumpre ainda buscar entender a reprodução do capital dentro do próprio setor de saúde, reprodução que tem características específicas a cada momento ou realidade concreta.

Desse modo, compreende-se as conexões entre a reprodução do capital no sistema como um todo e a reprodução do capital especificamente no setor da saúde. Mas não somente as “conexões” entre essas duas instâncias como também as características principais de seu desenvolvimento, as características principais da reprodução capitalista no geral e no setor especificamente. Esta é a perspectiva adotada neste trabalho no que diz respeito à relação entre saúde e desenvolvimento.

Também destacam-se as características principais da reprodução da força de trabalho, em cada conjuntura concreta, determinada sempre pela correlação de forças existente entre as classes sociais e seu conseqüente desenvolvimento das forças produtivas. Reprodução da força de trabalho que é determinada pelas condições concretas da luta de classes na produção, no caso específico, expressas no salário, no processo de trabalho, no controle sobre a ação da força de trabalho etc. Processo de trabalho que deve ser pensado na unidade entre as forças produtivas e as relações de produção em que estão inseridas, como mostra Azevedo (2002, p. 87): “força de trabalho se refere à ‘capacidade humana de executar

trabalho’, ou seja, diz respeito ao poder do homem de transformar a natureza; e relações de produção referem-se à organização social e as implicações sociais da produção.”

Dessa forma, a análise do processo de trabalho deve ser sempre em relação à realidade específica das relações de produção que determinam esse processo, às formas concretas, objetivas e subjetivas, que o capital busca construir para conseguir valorizar-se. Na realidade da nova divisão internacional do trabalho e da formação econômico-social brasileira, o peso dos elementos subjetivos na conformação dos processos de trabalho não deve ser subestimado.

Parece evidente, contudo, que a partir das novas circunstâncias sociais do trabalho o controle do elemento subjetivo do processo de trabalho seja exercido pela via da participação consensual, pelo convencimento, pelo envolvimento do trabalhador, através dos programas de gestão participativa. Nessa perspectiva, instaura-se uma forma de domínio do capital no plano da produção de mercadorias, articulando-se coerção capitalista e consentimento operário.

Essa nova forma de organização social da produção conforma uma nova maneira de incorporação da subjetividade do trabalhador, desenhada a partir da lógica do capital que tende a se tornar mais consensual, mais participativa, como também mais manipulada e subalternizada em relação ao projeto ideológico do capitalismo contemporâneo (AZEVEDO, 2002, p. 95-6).

A partir da análise do processo de reprodução capitalista é que será possível encontrar as determinações das condições de vida e trabalho das populações, de sua situação de saúde e das doenças existentes. Nas palavras de Braga e Paula (1986) comentando a primazia de Marx e Engels nesta forma de abordagem das questões relacionadas à saúde

Mas é talvez no pensamento de Marx onde se pode encontrar as mais significativas reflexões diretamente relacionadas com a problemática da saúde. Isto se deve basicamente a duas razões: a primeira é que Marx e Engels assumem uma posição ideológica de defesa da classe operária; a segunda, é que metodologicamente assumem a postura de analisar a sociedade como um todo.

[...] A relação social fundamental é a que se estabelece entre *capital* e *trabalho*. E no processo de produção se enraízam as determinações sociais da saúde e da doença, em dois planos inseparáveis: a parcela do valor produzido que cabe aos trabalhadores, consubstanciada no salário que lhes é pago e nos bens coletivos que a sociedade dispõe; e as condições do próprio processo de trabalho (BRAGA; PAULA, 1986, p. 16).

A saúde é um “problema” para o trabalhador, problema este determinado pelo salário e pelo processo de trabalho, assim como é também um “problema” para o capitalista que, preocupado em extrair o máximo de valor da força de trabalho que adquiriu, busca controlar e selecionar, de várias formas, o uso dessa força de trabalho. Força de trabalho que tem seu

valor “determinado pelo *valor dos artigos de primeira necessidade* indispensáveis para produzir, desenvolver, conservar e perpetuar força de trabalho.” (MARX, 1980b, p. 37, *itálicos do autor*). Entre esses “artigos de primeira necessidade” encontra-se, coberto pelo salário do próprio operário ou subsidiado pelo Estado, reduzindo assim o valor da força de trabalho a venda no mercado, os serviços de saúde.

O trecho abaixo, extraído de *O Capital*, de Marx (1867) e apresentado por Cristina Possas (1989) expressa bem a questão.

O valor da força de trabalho é determinado, como de qualquer outra mercadoria, pelo tempo de trabalho necessário à sua produção e, por consequência, à sua reprodução. Enquanto valor, a força de trabalho representa apenas determinada quantidade de trabalho social médio nela corporificado. Não é mais do que a aptidão do indivíduo vivo. A produção dela supõe a existência deste. Dada a existência do indivíduo, a produção da força de trabalho consiste em sua manutenção ou reprodução. Para manter-se, precisa o indivíduo de certa soma de meios de subsistência. O tempo de trabalho necessário à produção da força de trabalho reduz-se, portanto, ao tempo de trabalho necessário à produção desses meios de subsistência, ou o valor da força de trabalho é o valor dos meios de subsistência necessários à manutenção de seu possuidor. A força de trabalho só se torna realidade com o seu exercício, só se põe em ação no trabalho. *Através da sua ação, o trabalho, depende-se determinada quantidade de músculos, de nervos, de cérebro, etc., que se tem de renovar. Ao aumentar esse dispêndio torna-se necessário aumentar a remuneração. Depois de ter trabalhado hoje, é mister que o proprietário da força de trabalho possa repetir amanhã a mesma atividade sob as mesmas condições de força e saúde.* (POSSAS, 1989, p. XXXIV).

Assim, como afirma Possas (1989), “a capacidade de trabalho vincula-se diretamente às condições de saúde que dependem diretamente das condições de subsistência, cuja determinação é histórica e socialmente variável” (p. XXXIV).

A reprodução do capital impõe a reprodução das relações de produção, a reprodução dos fatores necessários à valorização do capital, entre eles, a reprodução da força de trabalho. O valor da força de trabalho é, como o de qualquer outra mercadoria, determinado pelo tempo socialmente necessário à sua reprodução, e o seu valor será o valor dos meios de subsistência necessários à reprodução da força de trabalho, “sob as mesmas condições de força e saúde”, em condições históricas e sociais específicas. A “reprodução social da força de trabalho é determinada desta forma pela necessidade de sua reprodução para o capital” (POSSAS, 1989, p. XXXIV), e esta necessidade se altera em razão da forma concreta em que se efetua a produção, em razão das forças produtivas específicas utilizadas no processo, ou seja, alterando e substituindo continuamente o valor de uso da força de trabalho, deslocando

operários antes “capacitados” pela necessidade de outros adaptados às novas condições de produção.

Assim, cabe ao capital e ao seu principal aparelho em cada formação econômico-social, o Estado (seu aparato institucional, jurídico, político, ideológico e repressivo), garantir as condições de reprodução do modo de produção, incluindo da força de trabalho. O Estado intervém, via estímulo, controle e regulação, atuando para oferecer essa mercadoria, a força de trabalho, em condições suficientes para sua utilização no processo de reprodução do capital. As políticas do Estado em saúde, educação, previdência e assistência, habitação popular, saneamento, não podem ser compreendidas em profundidade se não for levado em consideração essa função principal do aparelho de Estado: a reprodução das condições das relações de produção hegemônicas.

No entanto, esse papel de controle e regulação do Estado estaria absolutamente limitado e incompleto se na análise não for incorporado a outros fatores, estruturais e conjunturais, como adverte Possas (1989):

em primeiro lugar, as crescentes pressões da classe operária, em amplas organizações sindicais, por melhores condições de vida e pela ampliação dos benefícios sociais; em segundo lugar, a tendência crescente das grandes empresas capitalistas em transferir seus encargos sociais para o âmbito do Estado, repassando assim esse ônus para o conjunto da sociedade. E, finalmente, a crescente participação do Estado no mundo contemporâneo, incorporando ao seu domínio formas sociais de controle da população, neutralizando as tensões através de programas de bem-estar social (POSSAS, 1989, p XXXV).

A análise da atuação do Estado em cada formação econômico-social historicamente determinada deve assim levar em consideração as condições gerais de reprodução do capital, os interesses e contradições do bloco de classes no poder, com a predominância das frações hegemônicas, e das classes dominantes em geral, a capacidade de resistência e luta das classes dominadas, em suma, como dizia Lênin, “a análise concreta da realidade concreta”. (LENIN, 1986, t. 41, p. 140).

Esses pressupostos devem estar presentes nas análises das chamadas políticas sociais do Estado. Como bem expressam Oliveira e Teixeira (1985), na introdução da obra em que analisam a história da previdência no Brasil, a atuação do Estado no campo das políticas sociais expressa, “superpostas, um conjunto de determinações que dizem respeito a interesses ora gerais, ora específicos, de setores dominantes e/ou subalternos” (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985, p. 13). E exemplificam:

a garantia de condições mínimas de reprodução e manutenção da força de trabalho e a socialização de seus custos; a resposta a pressões do

empresariado privado que atua na produção de bens e serviços consumidos nesta área; a resposta a necessidades e/ou demandas de bens e serviços por parte de setores subalternos (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985, p. 13).

3.1.3 A “questão social” e as políticas sociais.

O Estado é a expressão da correlação de forças entre as classes na sociedade, sua condensação material (POULANTZAS, 2000). Sua “função” principal é tentar manter as condições gerais de reprodução do modo de produção do qual é instrumento e resultado, tentar garantir o funcionamento do modo de produção que, no capitalismo, significa o desenvolvimento das garantias para a reprodução do capital, para a manutenção e ampliação da taxa de lucro.

Essa “função” não é cumprida sem contradições. A luta de classes, tanto entre setores e frações da classe dominante, como entre essas e as classes dominadas, luta que se expressa também dentro do aparelho de Estado, é que define as políticas implementadas, incluindo aí as políticas sociais. As políticas sociais são responsabilidade do Estado e expressarão a conjuntura da luta de classes.

Essa mesma conjuntura determina que certas políticas sociais implementadas poderão, ou não, converter-se, materializar-se em direitos sociais (na saúde, educação, previdência, assistência, habitação etc.) que serão utilizados no próprio desenrolar da luta de classes, interferindo nela própria e nos seus efeitos, em um ou outro sentido. Há políticas sociais implementadas que, total ou parcialmente, não se materializam em direitos cristalizados e, por outro lado, há direitos sociais já formalizados que não se materializam integralmente em políticas concretamente implementadas (o SUS, por exemplo).

As políticas sociais são instrumentos utilizados pelo Estado para intervenção na “questão social”¹⁷, incluindo as ações em saúde, com a utilização do fundo público. A expressão “questão social” surge relacionada ao fenômeno do pauperismo na primeira onda industrializante, no final do século XVIII. Esse “novo” pauperismo não era mais resultado de dificuldades gerais no processo de produção mas, como mostra Netto (2004, p. 42) “pela primeira vez na história registrada, a pobreza crescia na razão direta em que aumentava a capacidade social de produzir riquezas”. A partir da metade do século XIX, principalmente depois dos eventos revolucionários de 1848 na Europa, o termo “questão social” é apresentado pelos pensadores conservadores (laicos ou religiosos) como

¹⁷ “Questão social” entre aspas, na forma indicada por Netto (2004, p. 45), por compreender que o termo está colado à sociedade burguesa, podendo ser usado como “*tergiversação conservadora*”.

desdobramento, na sociedade moderna (leia-se: burguesa), *de características inelimináveis de toda e qualquer ordem social*, que podem, no máximo, ser objeto de uma intervenção política limitada (preferencialmente com suporte “científico”), capaz de amenizá-las e reduzi-las através de um ideário *reformista* (aqui, o exemplo mais típico é oferecido por Durkheim e sua escola sociológica). (NETTO, 2004, p. 44).

Com o impulso nas lutas populares, principalmente a partir de 1848, surge ainda embrionariamente a compreensão de que a resolução definitiva da problemática que o termo “questão social” indica só seria possível com a completa destruição da ordem burguesa. Com Marx, alguns anos depois, e sua compreensão do processo de produção capitalista, será possível entender a dinâmica da “questão social” e sua manifestação como pauperismo.

Marx, no trecho abaixo, extraído do capítulo sobre *A Lei Geral da Acumulação Capitalista*, em *O Capital*, expõe brilhantemente como, no mesmo processo de acumulação do capital e da riqueza, criam-se as condições de ampliação da miséria:

Quanto maiores a riqueza social, o capital em funcionamento, o volume e a energia de seu crescimento, portanto também a grandeza absoluta do proletariado e a força produtiva de seu trabalho, tanto maior o exército industrial de reserva. A força de trabalho disponível é desenvolvida pelas mesmas causas que a força expansiva do capital. A grandeza proporcional do exército industrial de reserva cresce, portanto, com as potências da riqueza. Mas quanto maior esse exército de reserva em relação ao exército ativo de trabalhadores, tanto mais maciça a superpopulação consolidada, cuja miséria está em razão inversa do suplício de seu trabalho. Quanto maior, finalmente, a camada lazarenta da classe trabalhadora e o exército industrial de reserva, tanto maior o pauperismo oficial. Essa é a *lei absoluta geral, da acumulação capitalista*. (MARX, 1988, l. 1, t. 2, p. 200).

A partir dessa perspectiva teórica é possível afirmar, concordando com Netto (2004, p. 46), que a “questão social” “não tem a ver com o desdobramento de problemas sociais que a ordem burguesa herdou ou com traços invariáveis da sociedade humana; tem a ver, exclusivamente, com a sociabilidade erguida sob o comando do capital.” Desse modo, “questão social” não é nem fato social (teoria sociológica de Durkheim), e tampouco problema social.

Como a “questão social” é resultado da maneira concreta como o processo de produção, ou seja, a exploração capitalista, se exerce, a compreensão desse processo é fundamental para entender a dinâmica da “questão social”. O que não significa, muito pelo contrário, abstrair-se de entender a influência de vários outros fatores correlacionados, integrados, com o processo de produção, tais como os componentes históricos, culturais, políticos etc.

O problema teórico da pesquisa no âmbito do que é conhecido como “questão social”, como diz Netto (2004), “consiste em determinar concretamente a relação entre as expressões emergentes [da “questão social”] e as modalidades imperantes de exploração.” (p. 48).

Iamamoto (2004, p. 17), na mesma linha de abordagem do problema, conceitua “questão social” como algo que

diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua Gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho -, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. É indissociável da emergência do ‘trabalhador livre’, que depende da venda de sua força de trabalho como meio de satisfação de suas necessidades vitais. A questão social expressa portanto *disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais*, colocando em causa as relações entre segmentos da sociedade civil e o poder estatal.

Essa mesma autora mostra ainda que a “questão social” é “indissociável do processo de acumulação e dos efeitos que produz sobre o conjunto das classes trabalhadoras, o que se encontra na base da exigência de políticas sociais públicas” (p. 11).

Políticas sociais são um fenômeno do modo de produção capitalista. “Em geral, é reconhecido que a existência de políticas sociais, é um fenômeno associado à constituição da sociedade burguesa, ou seja, do específico modo capitalista de produzir e reproduzir-se” (BEHRING, 2007, p. 14). Historicamente “as políticas sociais se *multiplicam* em fins de um longo período depressivo, que se estende de 1914 a 1939, e se generalizam no início do período de expansão após a Segunda Guerra Mundial” (BEHRING, 2007, p. 29-30) e sua diversificação quanto à variedade, cobertura e padrão de financiamento “está relacionada às relações entre as classes sociais e segmentos de classe [...], e condições econômicas gerais, que interferem nas opções políticas e econômicas dos governos” (BEHRING, 2007, p. 14).

Baseada no referencial teórico da tradição marxista, onde “os fenômenos sociais são sínteses de muitas determinações, o que exige romper os reducionismos, monocausalismos e a fragmentação” (2007, p. 28) Behring adianta a hipótese da incompatibilidade estrutural entre acumulação e equidade, já que no modo de produção capitalista a fonte da desigualdade não está nas políticas de Estado e sim na forma como o valor é produzido e reproduzido. Ela afirma

Se o Estado, no keynesianismo, amplia suas funções (Gramsci, 1984) e, sob hegemonia do capital, se apropria do valor socialmente criado e realiza regulação econômica e social, isso não significa eliminar as condições de produção e reprodução da desigualdade. (BEHRING, 2007, p. 29).

Aprofundando como se pretende abordar nessa pesquisa a questão da prestação dos serviços de saúde e das políticas sociais de forma integrada, é importante a transcrição desse trecho do trabalho de Elaine Behring

Após este percurso, é possível afirmar, com base na crítica marxista, que a política social não se fundou nem se funda, sob o capitalismo, numa verdadeira redistribuição de renda e riqueza. Observa-se que a política social ocupa certa posição político-econômica, a partir do período histórico *fordista-keynesiano*. Percebe-se que a economia política se movimenta historicamente a partir de condições objetivas e subjetivas e, portanto, o significado da política social não pode ser apanhado nem exclusivamente pela sua inserção objetiva no mundo do capital nem apenas pela luta de interesses dos sujeitos que se movem na definição de tal ou qual política, mas, historicamente, na relação desses processos na totalidade. Sem esse olhar, pode ficar prejudicada a luta política em torno das demandas concretas dos trabalhadores, freqüentemente obstaculizadas, hoje pela alardeada "escassez de recursos". A luta no terreno do Estado - *espaço contraditório, mas com hegemonia do capital* - requer clareza sobre as múltiplas determinações que integram o processo de definição das políticas sociais, o que pressupõe qualificação teórica, ético-política e técnica. Constata-se, que a política social – que atende às necessidades do capital e, também, do trabalho, já que para muitos trata-se de uma questão de sobrevivência - configura-se, no contexto da estagnação, como *um terreno importante da luta de classes: da defesa* de condições dignas de existência, face ao recrudescimento da ofensiva capitalista em termos do corte de recursos públicos para a reprodução da força de trabalho. (BEHRING, 2007, p. 36).

Trabalhando com os conceitos apresentados e concordando com Alencar e Granemann, as características do tratamento da “questão social” na realidade atual podem ser assim resumidos:

A precarização, a instabilidade do não direito, a fragmentação da “questão social”, a responsabilização do sujeito individual por seu lugar na vida social, a “política social” diferenciada para as frações da força de trabalho ocupada e excedente – regra geral, sempre rebaixadas e insuficientes – são feições do mesmo estágio do desenvolvimento capitalista. [...]Aprofunda-se, pois, a tendência já sinalizada por Mota (1995) acerca da condição da seguridade social no Brasil de privatização, como é o caso da previdência e saúde, que se conjuga com o assistencialismo focalizado sobre os segmentos mais pobres. O que tem implicado a carência de recursos, a estruturação de uma plêiade de programas sociais voltados para os segmentos sociais mais vulneráveis, a tendência de “assistencialização das políticas sociais” e, mais grave, pela “financeirização” do fundo público. (ALENCAR; GRANEMANN, 2009, p. 166-167).

Apresentado assim os pressupostos básicos da abordagem dessa pesquisa, além de alguns conceitos elementares, aborda-se agora, de forma sucinta, o desenvolvimento das ações em saúde no Brasil.

3.2 INÍCIO DAS AÇÕES EM SAÚDE NO BRASIL.

A intervenção estatal em saúde só ocorrerá efetivamente a partir do século XX. Nos séculos anteriores apenas ações pautadas na filantropia ou na prática liberal compunham o escopo da assistência médica no Brasil. No século XIX já se verifica, em função de razões econômicas e políticas, “algumas iniciativas no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas” (BRAVO, 2007, p. 89).

A partir do início do século XX destacam-se duas formas de intervenção no âmbito da saúde:

de um lado as ações chamadas de saúde pública, como as campanhas sanitárias, destinadas em tese à população em geral e, de outro, a assistência médica individualizada, adotada tanto pelas empresas nos seus serviços médicos como pelas instituições previdenciárias, e voltada para os trabalhadores urbanos. (POSSAS, 1989, p. 184).

Já é possível a partir desse período, conforme Possas (1989, p. 184), distinguir três subsistemas de saúde - a saúde pública, a medicina privada e a medicina previdenciária - que se desenvolverão autônoma e paralelamente, de forma correlata e muitas vezes complementar, até os dias atuais.

Concordando com Braga e Paula (1986) e reforçado por Bravo (2007), a saúde emerge como “questão social” a partir do início do século XX. O problema da prestação dos serviços de saúde surge no âmbito do crescimento da economia cafeeira de base capitalista e voltada para exportação, refletindo o avanço da divisão do trabalho com a emergência do trabalho assalariado. Os problemas de saúde que se procurava enfrentar refletiam as condições dos trabalhadores urbanos de então e levaram à criação dos primeiros serviços médicos dentro das empresas. Entre 1911 e 1919, de 30 empresas investigadas pelo Departamento Estadual do Trabalho, em São Paulo, a metade já fornecia serviços médicos aos trabalhadores, com desconto de cerca de 2% de seus salários (POSSAS, 1989, p. 185).

Buscando combater, nos núcleos urbanos, endemias e problemas de saneamento, além de atrair e reter a mão-de-obra, a questão principal que se colocava era a “a criação de condições sanitárias mínimas, indispensáveis não só às relações comerciais com o exterior, como também ao êxito da política de imigração, que pretendia atrair mão-de-obra fundamental para a constituição do mercado de trabalho capitalista.” (BRAGA; PAULA, 1986, p. 42).

Destacam-se nesse período as campanhas de vacinação obrigatórias como as de combate à febre amarela, peste bubônica e varíola, com promulgação da lei de vacinação obrigatória em 1904. Amplia-se essa ação com a reforma Carlos Chagas, de 1923, e a criação no mesmo ano do Departamento Nacional de Saúde Pública com as seguintes atribuições: “o saneamento rural e urbano; a propaganda sanitária; a higiene infantil, industrial e profissional; atividades de supervisão e fiscalização; saúde dos portos e do Distrito Federal e o combate às endemias rurais.” (BRAGA; PAULA, 1986, p. 45-6).

A medida mais importante desse período será a promulgação da Lei Eloy Chaves, de 1923 (Decreto nº 4.682, de 24/01/23) que, como seu subtítulo mostra, “cria, em cada uma das empresas de estrada de ferro existentes no País, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados”, inaugurando o sistema de seguros sociais ou de previdência no Brasil (MELO, 1984, p. 175; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985, p. 20). Com inspiração no modelo implementado na Alemanha de Bismarck, de 1880 (MELO, 1984; POSSAS, 1989), seu financiamento será oriundo de três fontes: o empregado, o empregador e o Estado.

Atendendo inicialmente apenas aos ferroviários, e mais tarde incorporando marítimos e portuários, as características centrais do modelo da Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), apontadas por Oliveira e Teixeira (1985) eram a “amplitude no plano das atribuições das instituições previdenciárias; uma prodigalidade nas despesas; e a natureza basicamente civil privada daquelas instituições.” (p. 23). Amplitude porque garantia assistência médica e de medicamentos aos beneficiários, liberalidade na definição de beneficiários e nos critérios de aposentadoria, além da extensão dos benefícios pecuniários. Destaca-se que desde essa época, boa parte da assistência médica era prestada, conforme Oliveira e Teixeira (1985, p. 27), por terceiros, em que as CAPs arrendavam períodos de trabalho de médicos privados em seus consultórios para o atendimento aos beneficiários. A prodigalidade do sistema se comprova pelos gastos significativamente mais elevados por segurado, aposentado ou pensionista, conforme Oliveira e Teixeira (1985, p. 29), e sua natureza civil se expressa na administração das CAPs, composta por comissões com representantes da empresa (três, um dos quais o presidente da comissão, nomeado pelo Presidente da República) e dos empregados (dois eleitos a cada três anos). O financiamento das Caixas era feito a partir da contribuição dos empregados (3% dos vencimentos), das empresas (1% da renda bruta) e uma parcela dos “consumidores” dos serviços das empresas (1,5% sobre as tarifas das estradas de ferro, por exemplo).

Nesse período apenas três categorias, todas urbanas e vinculadas ao setor exportador, tiveram suas CAPs organizadas legalmente: ferroviários em 1923, marítimos e estivadores,

ambos em 1926. Os comerciários já tinham seu projeto em discussão no Congresso Nacional, suspenso pela Revolução de 1930. Outras grandes empresas também ofereciam assistência médica e previdenciária sem legislação específica (trabalhadores dos correios e telégrafos, entre outros). A grande vantagem dessa normatização é que, com a legislação das CAPs, se torna obrigatória a cobertura previdenciária e médica a categorias expressivas da força de trabalho de então, contando em 1930 com “mais de 40 instituições, envolvendo mais de 140.000 trabalhadores” (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985, p. 22). Uma desvantagem clara era a de que o benefício era restrito aos funcionários das empresas que tinham Caixas de Aposentadoria e Pensão legalizadas.

Cabe aqui aprofundar a discussão buscando destacar as razões que levaram essas categorias a serem as primeiras a conseguir formalizar legalmente um sistema de previdência e assistência.

Um primeiro aspecto a observar é o do contexto conjuntural de então, com destaque para o ascenso, no Brasil e no mundo, das lutas reivindicativas e contestatórias de trabalhadores. As lutas operárias no Brasil, com seu apogeu no período de 1917-1919, conforme retrata Boris Fausto (1977), deixaram sua marca na legislação trabalhista nascente (lei de indenizações por acidente de trabalho em 1919, a criação do Conselho Nacional do Trabalho em 1923, a lei que estabelece regime de férias a algumas categorias em 1925). Tratava-se da reação no Brasil aos princípios marcadamente liberais que predominavam na República Velha, conforme a postura não intervencionista do Estado nas questões da relação entre empresários e trabalhadores e, em grande parte, era resultado de processos de resistência popular semelhantes em vários países da Europa principalmente, com destaque para a Revolução Russa de 1917. Não se deve esquecer o peso dos trabalhadores imigrantes entre os operários de então, trabalhadores que trouxeram consigo os ideais do contexto social europeu em ebulição.

As mudanças revelaram também os setores dos trabalhadores que estavam mais organizados e com maior capacidade de resistência frente a ofensiva liberal dos empresários. Também evidenciaram a força dos setores do capital que cresciam mais rapidamente em razão da integração do Brasil como importante fornecedor de café ao mercado mundial desde o século XIX, gerando os investimentos em estradas de ferro, portos e navegação, necessários a essa integração. Como bem expressa Silva (1986), os lucros obtidos na economia cafeeira começaram a ser deslocados, em função da crise no setor no início do século XX, para novos empreendimentos industriais e urbanos. Oliveira e Teixeira (1985) mostram que

As exigências do comércio crescente do café impuseram e possibilitaram a expansão e modernização da infra-estrutura de transportes (ferroviários e marítimos) e dos portos de exportação (Rio e Santos). Por outro lado, os excedentes gerados na cultura e no comércio do café começaram a ser deslocados, em parte, para empreendimentos industriais, à medida que se criava um mercado atraente e que avançava o processo crônico de desvalorização daquele produto nos mercados internacionais. [...] Nascia assim, aí, um setor “moderno” da economia onde se expandiam o secundário e o terciário. E com ele surgia o que se podia chamar, pela primeira vez com propriedade, de uma “classe operária” no país (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985, p. 40).

Como se vê, a burguesia industrial e/ou comercial começara a se tornar cada vez mais forte, influenciando nas políticas de Estado, ocupando o espaço nesse aparelho hegemônico anteriormente quase que exclusivamente pela burguesia agrária e exportadora, resultando tanto nas medidas restritivas à resistência dos trabalhadores como naquelas que reduzem o preço e garantem a reprodução da força de trabalho em seus setores. Trata-se de um período de alteração na composição do bloco de classes no poder, ampliando os espaços ocupados pela burguesia industrial e comercial, também integrada ao grande capital mundial, em detrimento dos espaços ocupados pela burguesia agrária e exportadora, que terão como reflexos políticos principais o “tenentismo” e a Revolução de 30, com Getúlio Vargas.

Em resumo, é possível caracterizar o período que vai do início do século XX até 1930, no âmbito das ações em saúde, da seguinte forma:

Primeiro, do ponto de vista da saúde pública, como o período em que efetivamente se tem início uma ação organizada do Estado fundamentalmente por ações de Saúde Pública, com campanhas de vacinação, fiscalização e saneamento em portos e áreas urbanas, com foco na garantia de melhores condições à mão-de-obra urbana em crescimento, aliado aos interesses exportadores e comerciais;

Segundo, pelo início de uma Previdência Social no Brasil, com uma medicina previdenciária em gestação, resultado da relação entre previdência e assistência médica, legalizada formalmente a partir de 1923 com a Lei Eloy Chaves, beneficiando inicialmente os trabalhadores das empresas dos setores mais dinâmicos do capital.

E por último, pelo surgimento de uma medicina privada, tanto a partir dos serviços médicos das empresas existentes, como pelos médicos contratados pelas CAPs para a assistência médica aos seus beneficiários.

Essas características foram alteradas, desenvolvidas e modificadas a partir das transformações na formação econômico-social brasileira, sendo o ano de 1930 um marcador histórico destas transformações como se verá a seguir.

3.3 O PERÍODO DE 1930 AO GOLPE DE 1964.

As características do setor de saúde no Brasil a partir dos anos 30 sofreram inicialmente os efeitos da crise geral de 1929, que atingiu o conjunto dos países integrados ao sistema capitalista mundial. O Brasil, com uma economia profundamente integrada de forma subordinada ao mercado mundial, baseada fundamentalmente na produção de produtos primários para exportação, sentiu os efeitos da queda da procura pelos bens produzidos internamente e, conseqüentemente, dos preços, reduzindo suas divisas e sua capacidade de importação.

A Revolução de 30, gerada no contexto da crise capitalista geral que atinge o mundo e o Brasil no final dos anos 20, teve que atuar nesse contexto de contenção e limitação orçamentária. Suas primeiras ações foram no sentido de reduzir as perdas dos setores mais atingidos pela crise, com destaque para a compra e estoque de produtos primários (até com a queima de sacas de café buscando evitar a queda ainda maior dos preços desse produto). Entre “1931 até as vésperas da guerra, incineraram-se ou se lançaram ao mar cerca de 80 milhões de sacas, quatro milhões e oitocentos mil toneladas que serviriam para alimentar o mundo, no nível atual de consumo (1969) durante quase dois anos” (PRADO JUNIOR., 1976, p. 294). Nada como uma crise capitalista para expor, sem as máscaras da ideologia, o caráter contraditório desse modo de produção, a função de seus aparelhos e as suas limitações estruturais. Nestes períodos, o discurso ideológico de explicação/justificação do sistema perde eficácia, suplantado pela necessidade imediata das ações de salvamento do capital.

Com a crise de 1929, que atinge profundamente seu sistema de fornecedor de gêneros primários demandados mundialmente, abre-se espaço no Brasil para um processo de industrialização mais intenso, com o aprofundamento da substituição de importações de que o país era dependente, processo este que já havia tido um impulso nos anos de escassez da I Guerra Mundial (1914-1918). Como afirma Caio Prado Júnior (1976) analisando os efeitos imediatos da crise de 29 no Brasil

O consumo do país sofria assim grande desfalque, o que naturalmente estimulará a produção interna. Apesar da crise e das dificuldades de toda ordem neste momento de subversão econômica internacional, veremos crescer a produção brasileira de consumo interno, tanto agrícola como industrial. Acentua-se assim novamente o processo de nacionalização da economia do país. A grave crise que sofria seu sistema tradicional de fornecedor de matérias-primas e gêneros tropicais resultava no progresso de sua nova economia voltada para necessidades próprias. (PRADO JÚNIOR, 1976, p. 292).

Em conjunto com as alterações econômicas do Brasil de então, altera-se a composição do bloco de classes no poder, diminuindo o peso da burguesia agrária e ampliando o peso da burguesia industrial urbana. A nova conjuntura da época impõe também uma nova atuação do Estado como indutor mais ativo na reconfiguração estrutural da sociedade, intervindo muito mais intensamente no estímulo ao desenvolvimento capitalista baseado na industrialização integrada mundialmente, incluindo as ações de garantia da reprodução e controle da força de trabalho e de ampliação da infra-estrutura necessária a essa expansão do capital. Fica claro nas ações do Estado brasileiro, a exemplo dos setores que serão alvo das políticas no âmbito da saúde e da previdência, que serão exatamente os setores mais dinâmicos da nova expansão capitalista os principais beneficiados por essas ações (indústria, bancos, comércio, aparato estatal), além dos que já eram beneficiados anteriormente (marítimos, portuários, ferroviários). Juntam-se ao objetivo de reduzir o valor da força de trabalho nestes setores, além de oferecê-la em melhores condições ao capital, as ações que auxiliam na política de adequar ou capacitar melhor essa nova classe operária às necessidades da produção fabril em expansão.

Cabe destacar também que esses eram os setores, concentrados pelo próprio processo de produção, mais organizados e combativos da classe operária de então. Foram esse setores que, mesmo nas condições políticas do Estado Novo, exerceram pressão junto às classes dominantes e ao Estado por políticas sociais de contenção à essa pressão.

A partir desses pressupostos, no campo das ações do Estado em saúde, é possível afirmar que a partir de 1930, apesar de que ainda em caráter restrito, “emerge e toma forma uma política nacional de saúde e, mais precisamente, instalam-se os aparelhos necessários à sua efetivação.” (BRAGA; PAULA, 1986, p. 50). Esta política estava organizada principalmente em dois subsetores: o de saúde pública, principal até os anos 60, e o de medicina previdenciária, que se amplia a partir do final dos anos 50 se tornando predominante, enquanto política estatal de saúde, a partir dos anos 60 (BRAGA; PAULA, 1986, p. 52).

Com base nos estudos de Maria Inês Souza Bravo (2007, p. 91) e José Braga e Sergio Paula (1986, p. 54-58), é possível destacar as características e ações principais em saúde pública, do período que vai dos anos 30 até os 50, a seguir:

- 1) Centralização das ações em saúde com a criação, em 1930, do Ministério da Educação e Saúde;
- 2) Retomada, a partir de 1935, da ênfase nas campanhas sanitárias;

3) Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra em um movimento de criação de um mercado nacional de trabalho.

4) Criação do Serviço Nacional de Febre Amarela, em 1937.

5) Surgimento do Serviço de Malária do Nordeste, em 1939. Esses dois últimos são criados em convênios com a Fundação Rockefeller.

6) Criação em 1940 do serviço de Malária da Baixada Fluminense.

7) Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, incorporando os serviços de combate a endemias existentes e a formação dos técnicos em saúde pública.

8) A criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), durante a II Grande Guerra, com o objetivo de proteger os trabalhadores dizimados pela malária na produção de borracha na Amazônia e de manganês no Vale do Rio Doce, em convênio com órgãos do governo americano e sob patrocínio técnico e financeiro da Fundação Rockefeller.

9) Criação do Plano SALTE, em 1948, envolvendo ações nas áreas de saúde, alimentação, transporte e energia.

10) Surgimento do Ministério da Saúde em 1953, que ficou com apenas 1/3 do orçamento que era do Ministério da Educação e Saúde.

11) Expansão da área de atuação e do espectro das atividades do Serviço Especial de Saúde Pública, já sem a participação da Fundação Rockefeller.

12) Criação, em 1956, do Departamento Nacional de Endemias Rurais – DNERu que deveria atuar em áreas que fossem importantes à expansão do capital, tais como

pontos críticos das vias principais de transporte e possuam fatores evidentes de desenvolvimento econômico (facilidade de energia, transporte, fertilidade do solo, riqueza mineral, abundância de mão-de-obra, etc.) entravados pela falta de condições sanitárias do meio. (TORRES RIBEIRO et al., apud BRAGA; PAULA, 1986, p. 57-58).

Quanto à medicina previdenciária, no período que vai de 1930 a 1945, houve uma inversão na orientação principal que determinou sua ação em relação modelo abrangente do período anterior. Sua característica principal foi a orientação contencionista conforme indicam Oliveira e Teixeira (1985) expressa na “queda nos valores relativos dos gastos tanto nos benefícios pecuniários ‘tradicionais’ (aposentadorias e pensões) quanto na assistência médico-hospitalar” (p. 59). Na legislação essa orientação restritiva vai se expressar no esforço em distinguir a prestação de serviços (médicos e outros), até com o estabelecimento de limites orçamentários para as despesas com assistência médico-hospitalar e farmacêutica, da

concessão de benefícios pecuniários, considerados a partir de então as únicas atribuições obrigatórias.

É deste período também o surgimento dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Em 1933 é criado o primeiro IAP, dos Marítimos – IAPM (Decreto nº 22.872 de 29/06); em 1934 é criado o IAP dos Bancários – IAPB (Decreto nº 24.615, de 09/07); em 1936 surge o IAPI, dos Industriários (Lei nº 367, de 31/12/36); o IPASE, dos Servidores do Estado, é criado em 1938 e formalizado posteriormente (Decreto-Lei nº 2.865, de 12/02/40); o IAPTEC, dos empregados em transportes e cargas, é também de 1938 (Decreto-Lei nº 651, de 26/08); e o IAPC, dos Comerciais, em 1940 (Decreto-Lei nº 2.122, de 09/04). Na legislação de todos eles predomina a distinção entre previdência e assistência, “com a intenção evidente de minimizar os gastos relativos à segunda, apresentada agora como algo que só provisória e muito superficialmente poderia ser ‘concedido’” (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985, p. 77).

Os IAPs traziam diferenças em relação às CAPs. Suas características principais conforme Braga e Paula (1986), eram:

- a) Os IAPs eram organizados por categoria profissional e não por empresas, incorporando os trabalhadores de pequenas empresas;
- b) São constituídos como autarquias e não sociedades civis como as CAPs, significando maior controle do Estado sobre o sistema;
- c) Os benefícios são iguais em todo o território nacional, dentro da mesma categoria;
- d) Sindicato e sistema previdenciário passam a se vincular e cria-se espaço para uma certa manifestação dos trabalhadores.

As receitas dos Institutos passam a ter como base o conceito de contribuição tripartite, em que o Estado, os empregadores e os trabalhadores devem contribuir paritariamente. No entanto, o que na prática acontece é o aumento na alíquota de contribuição dos trabalhadores, as empresas diminuem sua cota de participação na arrecadação previdenciária e o Governo Federal, que deveria arcar com um terço das necessidades previdenciárias, “burlando inclusive os dispositivos constitucionais, não efetivava nunca sua contribuição à Previdência nos montantes legalmente estabelecidos” (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985, p. 106).

Os programas de conjuntos habitacionais e os empréstimos aos segurados, outra inovação dos IAPs, devem ser considerados principalmente como aplicação de capital e não como serviços ou benefícios, pois tinham como objetivo legal a aplicação das reservas como forma de investimento. Trata-se na verdade, em conjunto com a ampliação da receita dos

Institutos e o controle de seus gastos que por lei não poderiam ultrapassar a receita, da instituição de um verdadeiro “regime de capitalização” via sistema previdenciário.

Os recursos que o Governo não repassa à previdência são desviados para outros destinos, funcionando como um instrumento de acumulação financeira na mãos do Estado, aliado aos investimentos das reservas financeiras dos Institutos em títulos da dívida pública ou em ações de empresas semi-estatais. Como mostram Oliveira e Teixeira (1985, p. 142)

Dessa maneira, dado o grande montante de recursos mobilizados e o tamanho de suas reservas investidas, a Previdência Social foi se transformando, aos poucos, num dos mais importantes “sócios” da União e das empresas semi-estatais que Vargas fez nascer. Em outras palavras, a previdência tornou-se um importante mecanismo de acumulação financeira em mãos do estado, graças ao “regime de capitalização”.

Esses autores mostram que, se o interesse das medidas contencionistas no início dos anos 30 estavam ligadas à crise econômica, nos anos seguintes esse potencial financeiro da Previdência será o motivo principal da manutenção dessa orientação restritiva, inclusive no que esses recursos podem significar ao Estado no apoio a projetos econômicos e créditos visando a industrialização do país. Aliado ao fato de que a maioria dos IAPs podia legalmente emprestar diretamente a empresários privados e o que significava esses recursos volumosos a disposição dos bancos para empréstimos, é possível ter uma noção aproximada da importância econômica da utilização dos recursos da Previdência Social para a reprodução do capital em nosso país.

Cabe destacar ainda, em relação à medicina previdenciária no período de 1930 a 1945, de que forma se dava a prestação da assistência médica. Já adiantamos que ela passou a ser secundária e provisória em relação aos benefícios de aposentadoria e pensão. Como parte da orientação contencionista cresceu de importância a compra de serviços médicos de terceiros, principalmente na assistência hospitalar em relação à ambulatorial. Oliveira e Teixeira (1985), distinguindo a relação entre Previdência e fornecedores nos anos 30 e 40 da que predominou no final dos anos 60, mostram que

nos anos 30 a 40 a Previdência Social, constituindo-se já como um grande comprador de serviços médicos, tinha por interlocutor pequenas instituições privadas, pequenas clínicas, hospitais e consultórios isolados entre si, e que, como tais, tinham que submeter-se às regras de jogo impostas por seu grande cliente. [...] A polaridade serviços próprios x serviços contratados percorre toda a história da Previdência, e seu encaminhamento concreto em cada fase desta história responde às condições mais gerais dominantes no período, à concepção hegemônica sobre a Previdência em cada etapa, enfim, ao jogo de forças e pressões sociais em presença (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985, p. 92 e 94).

Essa opção, pela compra de serviços em detrimento de iniciativas próprias se expressou no fato de que, em 1945, a Previdência Social em seu conjunto contava com apenas 4 hospitais em todo o país, quadro que se alterou nos anos seguintes chegando a 28 hospitais em 1966, ano de criação do INPS.

Para Hésio Cordeiro (1984) essa limitação de recursos para assistência médica aliados ao instituto da contribuição suplementar, surgida em fins de 1934 na constituição do IAPC e o benefício do auxílio-doença foram os expedientes “que, devidamente conjugados, imprimiram a tônica da solução, até certo ponto provisória, que foi dada ao problema da assistência médica previdenciária no período.” (CORDEIRO, 1984, p. 26).

No final da década de 30 e início dos anos 40, o setor privado de atuação na área de saúde era ainda incipiente. Como limitantes e condicionantes à expansão do setor, do ponto de vista da ação do estado e da Previdência Social

não ocorria uma transferência significativa de recursos para o setor privado ainda que a tendência dominante fosse a da remuneração de serviços prestados por particulares. O aparelho previdenciário não unificado, múltiplo em seu formato e escopo, adotando o regime de capitalização, destinava seus recursos a investimentos nos ramos estrategicamente relevantes para o processo de acumulação, via industrialização e modernização tecnológica. (CORDEIRO, 1984, p. 30).

Além disso, quanto à reprodução do capital especificamente no setor

nesse período ainda não se organizara em empreendimentos médico-hospitalares um segmento privado de prática médica de base técnica e financeira importantes através do investimento de “capitais individuais” ou da renda de médicos autônomos de maior sucesso profissional. A prática médica mantinha uma feição predominantemente autônoma, com um setor institucional organizado em hospitais filantrópicos e estatais de pequena monta. [...] Tratava-se do início do processo de subordinação das relações sociais de prestação de cuidados à saúde às relações capitalistas de produção. Contudo, as bases técnicas da prática do saber médicos, incluindo os medicamentos e equipamentos, ainda não haviam então sofrido modificações notáveis. Os recursos previdenciários limitados, a dominância de uma prática médica autônoma, liberal e caritativa e uma base tecnológica estreita inviabilizam qualquer possibilidade de transformações nitidamente capitalistas da medicina (CORDEIRO, 1984, p. 30).

3.3.1 O período do pós-guerra.

Para se compreender a alteração na política previdenciária, que aconteceu primeiro na Europa e depois no Brasil a partir de 1945, é necessário compreender as transformações em curso na conjuntura mundial e brasileira do período. A II Guerra Mundial, encerrada em 1945, representou uma gigantesca destruição de forças produtivas. A crise geral do

capitalismo, aberta a partir de 1929 encontrava sua “solução” com a Guerra, à custa de milhões de mortos em todo o mundo, da destruição da economia de parte importante do globo, criando assim as condições que propiciaram um novo período, de 1945 ao início dos anos 70, de desenvolvimento e reprodução do capital com relativa estabilidade. Relativa tendo em vista os vários conflitos desse período como a Revolução Chinesa, a Guerra da Coréia, a Crise dos Mísseis no âmbito da Guerra Fria, a Guerra do Vietnã, a Revolução Cubana, as Guerras de Libertação Colonial, o Maio de 68 na França etc. No entanto, no fundamental, nestes 30 anos “dourados” o capital encontra possibilidades de expansão e acumulação predominantemente constante, em parte fruto da reconfiguração que a economia mundial adquire a partir dos Acordos de Bretton Woods, em 1945, e dos planos de reconstrução capitalista da Europa, o Plano Marshall, e do Japão.

A partir das idéias de John Maynard Keynes, o keynesianismo, o Estado intervém de maneira a garantir melhores condições à reprodução do capital, gerando demanda efetiva às custas do endividamento público, buscando evitar ou pelo menos adiar, as crises específicas do modo de produção capitalista. Essa expansão capitalista, agora sob a hegemonia dos EUA, aliada a conjuntura de ascenso das lutas de classe em todo o mundo¹⁸, criam as condições para a instituição do que ficou conhecido como “Estado de bem-estar social”, conjunto de medidas de política social voltadas à população, empregada ou não, na saúde, educação, proteção aos desempregados etc., principalmente nos países mais desenvolvidos da Europa ocidental.

Segundo Esping-Andersen (1991), em relação ao desenvolvimento do *welfare State* (Estado de bem-estar) nos países europeus, três fatores estariam implicados: a natureza da mobilização da classe trabalhadora; as estruturas de coalizão política de classe; e o legado histórico da institucionalização do regime. Esse autor apresenta, nos estudos comparados sobre os tipos de *Estados de bem Estar Social*, “três ‘regimes de bem-estar’, sob os quais teria se manifestado o welfare State nos países desenvolvidos: o ‘regime liberal’, o ‘regime conservador-corporativo’ e o ‘regime social-democrata’” (ESPING-ANDERSEN apud DRAIBE, 2007, p. 34). Foram três os critérios utilizados por Esping-Andersen, conforme Draibe (2007) para “identificar e distinguir os regimes: a relação público-privado na provisão social, o grau de ‘desmercantilização’ dos bens e serviços sociais e seus efeitos na estratificação social” (p. 34).

¹⁸ A exemplo do papel do Exército Vermelho na guerra, principal responsável pela derrota nazista, da incorporação ao bloco socialista de vários países da Europa (Alemanha Oriental, Polônia, Hungria, Bulgária, Tchecoslováquia entre outros), da Revolução Chinesa em 1949, do papel dos movimentos comunistas e populares na luta antifascista (em França, Itália, Grécia, por exemplo),

Draibe (2007, pp. 35-6) baseada nos desenvolvimentos dos estudos de Esping-Andersen e de outros autores afirma que os critérios atuais para identificar um regime de bem-estar social devem corresponder às seguintes características e processos:

a) o padrão de provisão social, ou seja, como o bem-estar é produzido e distribuído entre o Estado, o mercado, a família e o “terceiro setor” (setor voluntário, comunidades, ONGs);

b) modelo ou estrutura do sistema público de políticas sociais (programas de previdência social, educação, saúde, assistência social etc.);

c) modelo ou tipo predominante de família (estrutura familiar de poder, divisão sexual do trabalho);

d) independência ou autonomia do bem-estar das famílias e pessoas em relação ao mercado de trabalho e em relação aos sistemas domésticos de cuidados e proteção;

e) modelo dominante de solidariedade (individual, por mérito ou universal) e o efeito resultante em termos de grau de estratificação social;

f) modelo de financiamento (solidário ou não, voluntário ou compulsório, de base contributiva ou fiscal);

g) características e traços culturais, sistemas de valores, credos e regulações religiosas;

h) idéias, interesses e forças políticas dominantes na sociedade nas distintas etapas de emergência, desenvolvimento e mudanças dos sistemas nacionais de proteção social.

i) condicionantes históricos e institucionais peculiares e;

j) influências, efeitos e impactos do sistema internacional.

Cumprido salientar que o *welfare State*, e principalmente a noção difundida do pleno emprego em tese conseguido pelo Estado de bem-estar, sempre foi limitado, mesmo nos países mais desenvolvidos (dominantes) da Europa, e nunca implementado nos países dominados.

A cultura política do “pleno emprego” dos anos de ouro do capitalismo não nos deve fazer esquecer: tais políticas foram bastante localizadas nos países do centro do capitalismo onde o desemprego foi controlado por um período e para parcelas de trabalhadores. Na periferia do modo de produção capitalista e para expressivas frações da classe trabalhadora no centro do modo de produção, por exemplo, para os imigrantes das ex-colônias européias, o “pleno emprego” nunca foi uma possibilidade. (ALENCAR; GRANEMANN, 2009, p. 163).

No contexto do *welfare State* europeu, destaca-se o Plano Beveridge¹⁹, conjunto de medidas em 1942 que reestruturaram profundamente a Previdência Social na Inglaterra e em outros países, a partir da difusão da idéia de “seguridade social”, mecanismo de ações, principalmente estatais, de proteção social aos trabalhadores.

Seguridade social que deve ser entendida, conforme Mota (2007b, p. 41), a partir de que

o trabalho, suas condições (sob o capital) e relações (assalariado/alienado) têm centralidade na constituição dos sistemas de seguridade social. Por isso mesmo, as políticas de proteção social são referenciadas por princípios e valores da sociedade salarial, particularmente aquela desenhada pelo capitalismo desenvolvido e pelo trabalho organizado (sindicatos e partidos), no período que vai dos meados dos anos 40 até o final dos anos 70, ocasião em que o mundo capitalista inflexiona seu padrão de acumulação dominante, para enfrentar uma crise de dimensões globais.

No âmbito específico da Previdência Social, conforme Oliveira e Teixeira (1985, p. 177-8), a idéia de seguridade social vai significar um sistema em que todos devem contribuir como puderem, se puderem, garantindo a qualquer cidadão um padrão mínimo contextualizado de bem-estar, independente dos motivos pelos quais ele necessita desse auxílio, independente de sua contribuição ou não para a Previdência, devendo a Seguridade Social ser “uma política social ampla que fornecesse, além dos benefícios pecuniários tradicionais, ações de saúde, higiene, educação, habitação, garantia de pleno emprego, redistribuição de renda etc.” (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985, p. 178).

Esses próprios autores afirmam que a Seguridade Social dessa forma jamais foi estabelecida na Previdência Social brasileira.

Porém, a influência dessas idéias, fruto do contexto político e econômico do pós-guerra e da nova conjuntura política brasileira, interferem na orientação da política previdenciária no Brasil a partir do fim do Estado Novo, em 1945. O “regime de capitalização” da previdência, de orientação contencionista na fase anterior (de 30 a 45), vai alterar-se a partir desse período até 1966, para um “regime de repartição” caracterizado por um elevado aumento nas despesas tanto previdenciárias como na assistência médica, fundamentalmente repassando aos segurados, em forma de serviços e benefícios, os valores arrecadados. Os gastos com assistência médico-hospitalar, que em 1930 representavam 8,9%

¹⁹ William Henry Beveridge (1879-1963) dirigiu a London School of Economics entre 1919 e 1937. Em 1941 tornou-se presidente do comitê administrativo interministerial encarregado de um exame geral do sistema previdenciário britânico. Daí resultou o Plano Beveridge (1942), que, aplicando as teorias keynesianas de redistribuição de renda, serviu de base para a reforma da estrutura da previdência social na Inglaterra e em vários outros países, difundindo a perspectiva da seguridade social universalizada que articulava a previdência e a assistência social (SANDRONI, 1992, p. 27; BOSCHETTI, 2000 apud BEHRING, 2007, p. 14).

da receita, caem para 2,3% em 1945, iniciando a partir daí uma alta alcançando 14,9% em 1966. Todo esse processo gera diminuição dos saldos, das reservas e, conseqüentemente, déficits orçamentários na previdência.

Após consecutivas alterações na legislação previdenciária no período, iniciadas com um Projeto de Lei em 1943, é promulgada em 1960 a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), uniformizando os direitos dos segurados dos diversos Institutos e Caixas existentes, ampliando o plano de atribuições da previdência mas, no entanto, dificultando ainda mais a situação financeira do setor. A União se viu ainda beneficiada pela LOPS que diminuiu a parcela do Governo na arrecadação da Previdência ao sistema, limitada agora às despesas de administração e pessoal do setor, rompendo a paridade que existia anteriormente, pelo menos normativamente. Cumpre salientar que o Governo Federal sistematicamente negligenciou seus repasses à Previdência, contribuindo muito para a crise que se instalou no setor posteriormente. Pode-se aumentar os benefícios e serviços aos segurados desde que eles sejam cobertos principalmente pelos próprios segurados.

Houve uma tentativa de aprofundar a ação do Estado no setor com a promulgação da Lei Orgânica dos Serviços Sociais do Brasil (Decreto-lei Nº 7.526 de 07/05/1945) e que criava o Instituto de Serviços Sociais do Brasil (ISSB) que já antecipava a necessidade de unificação e universalização dos serviços e da cobertura previdenciária. O projeto excluía, ao centralizar administrativamente os Institutos, os empregadores da gestão do órgão ficando esta sob responsabilidade do Estado e dos representantes dos empregados. “O projeto do ISSB propunha, na verdade, um organismo público voltado para o atendimento de necessidades sociais de maneira ampla” (CORDEIRO, 1984, p. 31). Como era de se esperar, o projeto teve vida curta, sendo revogado pelo Decreto-lei Nº 9.481, de 31/01/1946.

A expansão da medicina previdenciária no período foi um aspecto fundamental do crescimento do setor privado da medicina. Possas (1989) mostra que a partir dos anos 40 “os IAPs passaram a expandir progressivamente suas atividades no campo da medicina, crescimento este viabilizado pela expansão da indústria farmacêutica naquela década, favorecendo a constituição de uma medicina de massa.” (p. 216). Cordeiro (1984) complementa mostrando que “no período compreendido entre 1945 e 1960, verificou-se a ampliação dos serviços próprios hospitalares e ambulatoriais dos IAPs” (p. 38), mas que “essa expansão não se dava à margem ou de forma contrária aos interesses privados da assistência médico-hospitalar” (p. 38), como comprova o fato de que em 1960, 62,1% dos leitos hospitalares existentes no país eram do setor privado, dos quais 14,4% de entidades com fins lucrativos. “Delineava-se, a partir daí, uma tendência à predominância do setor empresarial

lucrativo sobre o religioso, filantrópico e mutualista, que somente se consolidaria ao longo da década de 1960.” (CORDEIRO, 1984, p. 38).

Como se viu, ampliou-se a integração entre o Estado, via previdência social principalmente, as empresas de serviço médico como clínicas e hospitais particulares e as empresas industriais farmacêutica e de equipamentos, permitindo a expansão capitalista desse setor privado de atuação no âmbito da saúde. Braga e Paula (1986, p. 74) destacam, nos dez anos que vão de 1956 a 1966, seis características na configuração desse setor:

- 1) O financiamento do setor se baseia, cada vez mais, na arrecadação previdenciária;
- 2) A prestação dos serviços de assistência é feita, cada vez mais, por instituições privadas;
- 3) Os padrões seguidos já são os das sociedades industrializadas, centrado no sistema hospitalar, com elevada utilização de equipamentos e fármacos e tecnificação e especialização da mão-de-obra;
- 4) Cresce a importância e a dependência externa da indústria de equipamentos e farmacêutica;
- 5) O emprego de tecnologia de ponta tanto na prestação do ato médico como na produção de insumos, e;
- 6) O setor apresenta taxas de crescimento muito mais altas do que as do restante da economia.

Esse autores resumem bem a simbiose entre o Estado, via Previdência Social, e a expansão do setor capitalista na saúde:

A dinâmica do setor se dá através de uma associação entre Estado, empresários nacionais e indústria estrangeira, em que o primeiro, além de desenvolver ações próprias, financia o consumo do produto gerado no setor privado; o empresariado nacional está presente principalmente no fornecimento de serviços médicos e, secundariamente, na produção de insumos (fármacos e equipamentos); e a indústria estrangeira, na produção de fármacos e suas matérias-primas, na produção de equipamentos, etc. (BRAGA; PAULA, 1986, p. 76).

E resumem mostrando que, em conjunto com a entrada do Brasil na etapa do processo de acumulação capitalista industrial (setor de produção de bens de capital) e diversificação do consumo, “dá-se também a constituição capitalista de um setor de atenção à saúde, em que a produção privada de bens e serviços é crescente e aceleradamente financiada pelo Estado, via arrecadação previdenciária.” (BRAGA; PAULA, 1986, p. 76).

As razões pelas quais essa expansão capitalista no setor não se deu em período anterior podem ser explicadas, conforme Cordeiro (1984, p. 57-8) pela incipiente existência

de uma base material e tecnológica, pela inexistência de excedentes que levassem os capitalistas a investir no setor e por um caráter restrito de uma Previdência Social dirigida aos setores assalariados do complexo agrário e exportador e, posteriormente (a partir de 1938), à classe operária do setor industrial.

Com a ampliação das despesas (de benefícios, de serviços, administrativas), a redução das receitas (com o não recolhimento das contribuições devidas pelo Estado e por empresas), a baixa rentabilidade no retorno aos investimentos mobiliários, o financiamento da expansão privada do setor de saúde, a atuação como “sócio” da acumulação capitalista do Estado que subsidiava a expansão capitalista no país, a previdência não tinha como se sustentar. Estavam criadas as condições para a “crise” no sistema previdenciário que

se inicia no final dos anos 50, desemboca, na década seguinte, numa crise geral da estrutura do setor saúde. Nesta crise, não só se desmonta o padrão anterior como emerge o novo, presidido pelo princípio de capitalização da medicina. A criação do INPS, assim, deve ser entendida como uma transformação institucional que amplia a escala econômica das operações e aumenta o grau de controle pelo Estado, o que não significa, antes pelo contrário, uma ruptura com as tendências capitalistas do sistema médico previdenciário então vigente. (BRAGA; PAULA, 1986, p. 76).

É importante destacar ainda que no início dos anos 60 uma série de iniciativas governamentais, fruto das condições políticas daquela conjuntura, tentaram implementar um novo modelo, de reforço da ação estatal e limitante do sentido privatizante, com destaque ao período em que Dante Pellacani²⁰, oriundo de representação operária, dirigiu o DNPS - Departamento Nacional de Previdência Social - (de 1962 até ser cassado em 1964) e da atuação do Conselho Médico da Previdência Social (CMPS), órgão assessor do DNPS. Entre algumas iniciativas desse curto período estão as de que os serviços próprios seriam fortalecidos ou, quando não pudessem ser executados diretamente, seriam celebrados convênios para outras instituições realizarem o serviço, com prioridade a entidades sindicais, o que significou importante medida de fortalecimento destas. Propôs-se ainda a 1ª Tabela de Remuneração de Serviços Médicos e um Plano de Classificação de Hospitais, ações de profundo impacto no setor. Cordeiro (1984) resume esse período por

uma tentativa de encaminhar problemas dos institutos e, em particular, a assistência médica, para uma solução conciliatória dos vários modelos existentes, mas que salvaguardasse essa prestação da privatização generalizada e privilegiasse o quanto possível os serviços próprios.[...]

²⁰ Dirigente sindical (gráfico) e militante comunista. Foi eleito vereador de São Paulo em pelo Partido Trabalhista Nacional e impedido de tomar posse pelo Tribunal Regional Eleitoral sob a acusação de ser comunista. Foi o 1º presidente do Comando Geral dos Trabalhadores (CGT) em 1962. Por ser aliado do Presidente João Goulart no período do golpe de 1964, esteve na 1ª lista de cassados (Ato Institucional Nº 1) e exilou-se no Uruguai e na Tchecoslováquia. Retornou ao Brasil em 1969 e faleceu em 1981. (FGV, 2001).

Entretanto, a impressão que se tem é que essa política, um tanto eclética, não encontrou, nesse momento, solo fértil para se desenvolver e, pouco a pouco, foi sendo suplantada por outro modelo que, apesar de também abrigar as várias modalidades de prestação de assistência médica, tinha como tônica e fonte propulsora o fortalecimento do setor privado (CORDEIRO, 1984, p. 43).

O golpe militar de março de 1964 acabaria com essas iniciativas e daria um novo sentido às ações do Estado no setor, agora sim mais integradas aos interesses capitalistas em expansão na saúde.

3.4 DO GOLPE DE 1964 À RECONFIGURAÇÃO DA FORMAÇÃO ECONÔMICO-SOCIAL BRASILEIRA A PARTIR DOS ANOS 80.

O período após o golpe político-militar de 1964 até o final dos anos 70 pode ser considerado como decisivo para a expansão e consolidação de um setor capitalista da saúde no Brasil como parece que confirma a abordagem feita por vários autores, com diferenças entre si, tais como Braga e Paula (1986), Bravo (2007), Cordeiro (1984), Oliveira e Teixeira (1985), Possas (1989). Esses, entre outros estudiosos do tema, demonstram, a partir de várias abordagens, o papel das políticas de saúde do Estado, principalmente da assistência médica previdenciária, no financiamento da expansão e consolidação de um setor de reprodução capitalista na saúde.

No entanto, e esses autores também o demonstram, outros fatores interagem na conformação desse setor e é necessário primeiro, mesmo que de forma sucinta, abordá-los.

Nos anos que antecipam o golpe, o país vive um processo de industrialização integrada à expansão capitalista do sistema econômico mundial. Com grandes obras de infraestrutura induzidas pelo Estado, criam-se no país possibilidades para a instalação de grandes empresas transnacionais, com destaque para a indústria automobilística, e para o desenvolvimento de um conjunto de empresas menores, nacionais, subsidiárias dos setores mais dinâmicos da grande indústria, preponderantemente estrangeiro. O Estado, assim, investe para garantir energia, petróleo, siderurgia e metalurgia, transportes, comunicações, estradas, portos, enfim, condições para que empresas transnacionais possam aqui se instalar com possibilidade de lucro, participando o capital interno com o fornecimento de insumos e componentes necessários ao setor mais lucrativo e de origem externa.

Esse período, conhecido como “desenvolvimentista”, exige profunda mobilização de força de trabalho, inicialmente para as obras de construção civil necessárias às ações de infraestrutura e, logo depois, para emprego na expansão industrial, com grande concentração

na Região Metropolitana de São Paulo. Essa mobilização da força de trabalho, de origem predominantemente rural, e sua ampliação e concentração como trabalhador urbano formal, com “carteira assinada” ou seja, contribuintes compulsórios da previdência, coloca “para a Previdência Social e, em particular, para a assistência médica previdenciária, novas exigências que impunham soluções compatíveis com o processo de industrialização em curso” (POSSAS, 1989, p. 234), Previdência Social que, como apresentado acima, já se encontrava em crise no período.

Em conjunto, como resultado da organização capitalista da medicina principalmente após a II Guerra Mundial, há uma profunda transformação nas ações em medicina, expressas nas mudanças no ato médico, nas técnicas empregadas, no equipamento utilizado, no local em que a ação de saúde é principalmente realizada e na sua articulação com a formação social em que está inserida. Essa transformação é resultado principalmente de dois fatores: a expansão do setor saúde como um setor capitalista e a incorporação de tecnologia moderna constituindo um setor de crescente concentração de capital (POSSAS, 1989, p. 291). Como demonstram Braga e Paula (1986, p. 87), essa mudança

consubstanciava-se na maior utilização de medicamentos, na difusão do uso de serviços para diagnóstico, na utilização mais intensiva de equipamentos médicos. Tais transformações alteravam profundamente toda a concepção do próprio ato médico, diversificando-se as especialidades, diferenciando-se a mão-de-obra empregada; num paralelismo econômico, a maior presença do capital aprofundava a divisão técnica do trabalho.

Ou Possas (1989, p. 291), que ao se referir à medicina contemporânea, identifica que

no mundo capitalista ela se transforma numa atividade empresarial, com importantes modificações no interior da própria organização técnica e social do trabalho médico, reorganizando-se como decorrência do desenvolvimento das forças produtivas e da introdução de capital no setor.

O hospital aparece já como o local central na prestação dos serviços de saúde, onde se concentram equipamentos, medicamentos, médicos, enfermeiros, técnicos, corpo administrativo, ampliando enormemente os custos da produção dos serviços em saúde e, como qualquer empreendimento capitalista, ampliando também as necessidades de reprodução do capital que produz essa mercadoria: os serviços em saúde.

O novo bloco de classes no poder após 1964 age no sentido da criação de novos mecanismos financeiros estimulando o desenvolvimento capitalista integrado internacionalmente, com destaque para as políticas de contenção dos movimentos de resistência operária e medidas de restrição salarial, criando melhores condições de aplicação dos capitais no país. Com uma ação mais eficaz na “regulação” da economia e o afastamento,

pelo menos da cena política legal, de movimentos contestatórios, o governo militar pôde agir de forma mais direta adequando o sistema previdenciário aos interesses do capital em expansão no setor.

Cabe destacar que as mudanças no sistema previdenciário, com tendência à unificação e centralização do sistema, a partir do interesse da reprodução do capital no geral e no setor de saúde especificamente, se dão em conjunto com outras ações de política social, onde se destacam, conforme Cordeiro (1984, p. 66) a criação do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) que surgiu como uma forma de “compensação” ao fim da estabilidade no emprego; a criação do Banco Nacional de Habitação (BNH) e de um sistema financeiro no setor com recursos do FGTS; e a instituição do Programa de Integração Social (PIS), em 1970.

O sistema previdenciário no período em análise, em relação à assistência médica, pode ser dividido em três subsistemas levando-se em consideração a maneira como essa assistência é prestada: 1) o subsistema próprio, 2) o credenciado e 3) o conveniado.

No que se refere ao subsistema próprio era composto pelos postos e hospitais públicos (em geral os de maior porte) mantendo equipamentos de alta especialização e com pessoal em média mais qualificado.

No que diz respeito ao subsistema credenciado, com o pagamento por unidades de serviço a casas de saúde e hospitais, assistiu-se a um aumento constante do número de internações e atendimentos, impactando os recursos previdenciários. A lógica dessa forma de relação é a “ênfase em um número cada vez maior de serviços prestados, de complexidade e sofisticação crescente, centrado sob o modelo hospitalar” (POSSAS, 1989, p. 304), ampliando o número de internações já que quanto maior o número de procedimentos, intervenções cirúrgicas e urgências, maior a arrecadação da empresa contratada. Não é de se estranhar que o setor viveu um *boom* de crescimento no período, sendo que já em 1967, 44% dos hospitais existentes eram unidades privadas lucrativas dissolvendo, principalmente após a unificação dos Institutos no INPS, a diferença entre unidades lucrativas e não-lucrativas.

Braga e Paula (1986, p 110-1) afirmam que

é esta rede privada que depois da criação do INPS vai dominar a produção de serviços, enquanto a rede oficial previdenciária ocupará lugar secundário no que diz respeito ao volume de atos médicos, principalmente internações. Ocorre também uma certa divisão de trabalho entre hospitais oficiais e privados. Aos primeiros, geralmente melhor equipados, acorrem os casos mais graves, de tratamento mais demorado e difícil e portanto mais custosos. Aos hospitais privados destinam-se os casos mais simples, mais rápidos, mais baratos – e mais lucrativos. O que se assistiu então foi a consolidação da ocupação capitalista da prestação de assistência médica, onde o estado e o

setor privado integram-se de maneira favorável a este, não só a nível do financiamento, como também da própria produção dos serviços. A centralização significou uma expansão inédita do gasto em medicina previdenciária, criando condições de escala para a expansão capitalista da rede de serviços; o conjunto das empresas médicas expandiu sua capacidade hospitalar e ambulatorial, voltada basicamente para o mercado financiado pelo INPS.

E, no que concerne ao subsistema conveniado, o pagamento era feito com custos pré-definidos, em que a Previdência Social, tendo o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários (IAPI) como precursor do modelo, reembolsava as empresas que definiam montar ou contratar serviço médico próprio em 2% do total da folha de pagamentos, passando após a unificação no INPS a 5% do maior salário-mínimo vigente no país por número de empregados na empresa. No geral ocorria uma triangulação entre o INPS, o empregador e a empresa médica. Quanto aos serviços que as empresas assumiam com o convênio poderiam

abranger a totalidade ou parte dos seguintes encargos: processamento e pagamento de benefícios; a realização de exames médico-periciais para a concessão de auxílio-doença; prestação de serviços de diagnóstico e terapia aos segurados e dependentes; e prestação global, aos acidentados do trabalho. [...] Algumas empresas assumiram apenas a assistência médica (MARTINS, 2005, p. 42-3).

Como o pagamento nessa modalidade é com valores pré-definidos, diferente do subsistema credenciado em que o pagamento era feito por unidades de serviço, a lógica será procurar diminuir os custos da empresa médica, diminuindo tempo de internações, a complexidade dos procedimentos, os medicamentos utilizados etc., ampliando consequentemente os lucros dessas empresas.

Possas (1989, p 267) resume o sentido que predomina nas ações vinculadas aos convênios

Os convênios com empresas médicas possibilitam uma racionalização do atendimento aos trabalhadores por parte da empresa, permitindo um rápido retorno da força de trabalho à produção, evitando que os mesmos tenham que recorrer às filas e à burocracia do INPS. Além disto, permitem um maior controle da mão-de-obra, já que as intervenções sobre esta são realizadas em comum acordo entre o empregador e a empresa médica, no que diz respeito tanto à seleção do pessoal para admissão (que do interesse de ambas deverá ser o mais saudável possível) quanto ao controle da concessão da licença para tratamento e abono de faltas (evitando nestes casos recorrer ao INPS, que tende a ser “benevolente”), além da opção por determinados tipos de tratamento.

Os dois subsistemas (o credenciado e o conveniado), principalmente a partir da opção pelo INPS da contratação privada para a execução dos serviços de assistência médica, irão concentrar o principal dos recursos previdenciários para esses serviços.

A modalidade de contratação de serviços privados via pré-pagamento teve importância fundamental no desenvolvimento dos futuros planos de saúde e por isso merece uma abordagem um pouco mais detalhada.

3.4.1 Os convênios de contratação de serviços em saúde via pré-pagamento: impulso aos planos de saúde.

Ainda em 1964, todos os Institutos de Aposentadoria e Pensão sofreram intervenção, com Juntas Interventoras nomeadas pelo governo militar substituindo seus conselhos dirigentes. Logo após a intervenção, a direção do Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários (IAPI), maior instituto em número de beneficiários e o mais integrado aos interesses no poder, aprova um “Plano de Emergência” em que

adotava o estabelecimento de cobertura de despesas médicas de grande risco, ficando a prestação dos serviços a cargo de profissionais e estabelecimentos existentes em cada localidade, através da promoção de convênios celebrados com a Previdência Social e do credenciamento de profissionais, mantido o critério de pagamento por unidades de serviços. Essas premissas foram desenvolvidas no IAPI e ampliadas pelo INPS após unificação (CORDEIRO, 1984, p. 44).

Em maio de 64 é assinado o 1º convenio homologado pela Previdência Social, entre o IAPI e a Volkswagen, para prestação de serviços aos segurados da empresa, incluindo a assistência médica, modalidade que se generalizaria posteriormente no INPS. Desde 1960 a Lei Orgânica da Previdência Social permitia, até porque já vinha acontecendo na prática, que as empresas atendessem seus empregados e dependentes por serviços médicos próprios ou contratados. Esse instrumento era utilizado como exceção tendo sido o IAPI o primeiro a utilizá-lo amplamente respondendo à demanda por mão-de-obra especializada na indústria e aos interesses dos próprios empregadores.

A opção por essa nova modalidade de contratação de serviços privados pela Previdência Social fica mais compreensível quando se analisa o interesse complementar que unem inicialmente as grandes empresas, a exemplo das montadoras de automóveis, aos grupos médicos que já vinham atuando nos serviços médicos dessas empresas.

Um primeiro aspecto desse interesse complementar é o da seleção e controle de pessoal, já que interessa tanto à empresa quanto ao grupo médico a seleção de mão-de-obra que não venha a apresentar problemas de saúde, gerando dificuldades à produção da empresa e custos maiores aos grupos médicos. Assim, uma boa seleção reduz o absenteísmo futuro e como o controle de faltas ou licenças-médicas passa da Previdência Social para as empresas

médicas contratadas pelo empregador, reduz o número de faltas por esse motivo já que, por um lado, a autorização para essas dispensas do trabalho se tornam muito mais rígidas do que anteriormente pela Previdência, considerada “benevolente” na liberação de atestados médicos, e por outro lado, os próprios trabalhadores evitam procurar o serviço médico das empresas temendo ser alvo de futuras demissões já que seriam considerados mais “fracos” e, em tese, ficariam mais facilmente adoentados, sendo substituídos por trabalhadores considerados mais “fortes”, mais hígidos, ou seja, mais produtivos. Além disso, o tratamento aos trabalhadores feito pelas empresas médicas funcionando muitas vezes dentro ou bem próximo das próprias empresas contratantes, possibilitava um retorno mais rápido desses trabalhadores ao posto de trabalho, já que estes não teriam que se submeter à “morosidade” dos serviços via Institutos de Previdência.

Um outro aspecto ainda era o de que esses serviços médicos possibilitavam auxiliar a empresa na seleção de pessoal já que o serviço oferecido, podendo ser diferenciado a partir do cargo que seria ocupado na empresa (serviços melhores para os que ocupam cargos de direção), servia como estímulo à busca de empregados mais qualificados. E como os procedimentos de alta complexidade, que excediam determinado valor, continuavam na mão da Previdência Social, como tratamento à tuberculose, doenças mentais, cirurgias cardíacas, transplantes, implantes, entre outros, os custos para as empresas médicas seriam sempre limitados.

Assim, as empresas passam para a Previdência uma parte dos custos que arcavam com essas funções de seleção e controle da mão-de-obra, as empresas médicas encontram uma possibilidade enorme de ampliar seu mercado via o financiamento da Previdência (mantendo os custos principais dos tratamentos mais complexos com esta), e quanto aos interesses da Previdência Social, só podem ser compreendidos profundamente a partir da relação estabelecida entre esse setor do Estado e os interesses do capital em expansão, tanto na indústria como no próprio setor de saúde, como várias passagens desse trabalho já deixaram claro. Mesmo que essa política venha a significar a ampliação da crise financeira previdenciária, o que se dá mais intensamente no final dos anos 70.

A epígrafe do artigo de Oliveira e Teixeira (1984, p. 181), citando Henry Ford, não poderia ser mais explícita: “O corpo médico é a seção de minha fábrica que me dá mais lucro”.

3.4.2 A expansão e consolidação da empresas de medicina de grupo e o surgimento das cooperativas médicas.

Foi neste contexto que os grupos médicos já existentes se fortaleceram, ampliando sua base física e com administração moderna. Um exemplo desses grupos é a Policlínica Central, criada em São Paulo em 1956, pelos médicos Kurt Klotzel, Francisco Eichbaum e Juljan Czapski, para atender empregados de montadoras de automóveis e indústria de autopeças da região do ABC em São Paulo (MEIRELLES, 2005). De médicos de empresas da região (Juljan Czapski era médico da Ultragás) passam a atender empregados de outras empresas do mesmo ramo ou próximas geograficamente. Conforme Cordeiro (1984), até 1964 foram atendidos pela Policlínica Central “aproximadamente 23.000 empregados, funcionários e dependentes” (p. 47).

O convênio-empresa entre a Volkswagen e a Policlínica Central, homologado pelo IAPI em maio 1964, foi idealizado pelo próprio Juljan Czapski conforme relato pessoal citado por Meirelles (2005): “O convênio nasceu da minha cabeça. Eu juntei a Volkswagen que tinha interesse nisso e a Previdência que desconhecia a coisa” (p. 58). O objetivo explícito da assistência médica exercida pelas empresas de medicina de grupo, de “aumentar a produtividade por meio da manutenção e recuperação da força de trabalho” (BAHIA, 2005a, p. 23) é reforçado pelo próprio Juljan Czapski, que diz que

quando a empresa é responsável pela assistência, as sequelas e o absenteísmo por acidente de trabalho diminuem muito. O absenteísmo diminui 60%, porque no caso de um empregado se machucar ele pode ir ao ambulatório fazer o curativo e voltar sem demora, para refazer o curativo. Se ele for para a companhia de seguros, vai fazer o curativo e vai ter de voltar daqui a três dias para tirar o curativo, lá na empresa isso não acontece (CZAPSKI, J. apud MEIRELLES, 2005, p. 62.)

Juljan Czapski foi o primeiro presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), criada em 1966, exercendo ainda a presidência dessa entidade entre 1970 a 1976. As empresas médicas de planos de saúde, através da ABRAMGE, assumem “a liderança do debate contra a denominada estatização da medicina” (BAHIA, 2005a, p. 29).

Em contraposição, principalmente à intenção de obter lucro das empresas médicas, surgem outras formas de organização da prestação dos serviços de assistência médica. Duas dessas formas viabilizaram-se principalmente (BAHIA, 2005a, p. 31): empresas de planos de saúde não lucrativas e as cooperativas médicas.

Entre as primeiras destaca-se a Interclínicas – Assistência Médica, Cirúrgica e Hospitalar, sociedade civil de caráter não lucrativo, criada em São Paulo, em 1968 e constituída por quatro outras instituições não lucrativas (dois hospitais e suas respectivas

sociedades médicas) conforme Cordeiro (1984). Seu primeiro diretor e idealizador foi o Dr. Thomas Russel Raposo de Almeida, oriundo do IAPI, e que havia sido o presidente do Conselho Médico da Previdência Social de 1964 a 1966, demonstrando a profunda interação entre a burocracia estatal e a medicina privada em franca expansão.

A oposição à atuação dos grupos médicos vinha sendo feita por sindicatos e associações médicas, com destaque para a Associação Médica Brasileira - AMB. Conforme Cordeiro (1984, p. 69) essas entidades acusavam os grupos médicos de “mercantilizar a medicina e de cometer infrações ao código de ética médica” e que a “assistência médica é de estrita competência da pessoa física do médico e, portanto, cabe a este as respectivas responsabilidades e os direitos correspondentes”.

Foi esse movimento de resistência dos médicos ao assalariamento pelas empresas médicas, liderado pela AMB, que serviu de base para o surgimento das cooperativas médicas, as UNIMEDs. A primeira UNIMED fundada foi na cidade de Santos, SP, região com expressiva concentração industrial, em dezembro de 1967, tendo à frente o presidente do sindicato médico, Dr. Edmundo Castilho. Conforme Bahia (2005b) trata-se da “primeira ‘entidade-empresa’ na área da saúde no país” (p. 135) e representou uma “opção a duas outras formulações: a criação de um seguro-saúde estatal, compulsório e universal, coordenado pelo Ministério da Saúde, defendida pela Associação Médica Brasileira (AMB) e as medicinas de grupo” (p. 143).

Cordeiro (1984, p. 71) destaca os seguintes princípios da época de fundação das UNIMEDs:

- 1) entidade aberta em que qualquer médico com condições técnicas e éticas poderia participar e em que estes seriam os gestores da entidade;
- 2) gestão democrática com direção eleita pelo grupo total de médicos que fazem parte da cooperativa, com mandato fixo e interrompido a qualquer momento por decisão de assembléia geral;
- 3) trabalho médico autônomo, com remuneração por atos médicos e livre escolha do médico pelo paciente;
- 4) remuneração dos médicos segundo a produtividade da cooperativa, distribuindo as “sobras” do balanço anual conforme a participação percentual de cada médico na quantidade de prestações da cooperativa.

No entanto, de oposição à medicina de grupo, as UNIMEDs evoluíram “para a adoção dos convênios-empresa, gerindo e repassando recursos de forma semelhante às

empresas médicas” (CORDEIRO, 1984, p. 71), passando assim a integrar o complexo médico-empresarial e previdenciário. Cordeiro mostra que

estas duas modalidades, que se opõem, passaram a disputar o mercado de clientela potencial, as empresas industriais e de serviços, dentro de uma mesma lógica assistencial e de uma mesma modalidade de financiamento, o pré-pagamento, com ou sem a interveniência da Previdência Social. No cenário político das articulações com a burocracia previdenciária, a AMB e o movimento cooperativista e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) passariam a se digladiar e a cortar, em novos anéis, as relações com o aparelho previdenciário. (CORDEIRO, 1984, p. 71).

Prosseguindo na exposição dos principais fatos do período, em agosto de 1966 o Decreto Nº 59.119 confere ao DNPS atribuições para proceder com a unificação dos IAPs e na mesma data é aprovado o Plano de Ação para a Previdência Social (PAPS) cujas normas “iriam nortear o funcionamento da Previdência Social (como a criação do INPS e o Plano de Pronta Ação de 1974) e iniciariam a implementação da política de privilegiamento do setor privado” (CORDEIRO, 1984, p. 49).

Esse mesmo autor sintetiza, de forma clara, o papel que o convênio-empresa e o PAPS cumpriram nesse período:

O convênio-empresa surgiu no bojo das normas emanadas do poder autoritário nucleado na Previdência Social, sustentando legalmente as relações entre Estado e empresas médicas e oferecendo uma alternativa para o atendimento de uma parcela da força de trabalho estrategicamente importante para assegurar a retomada do desenvolvimento capitalista. Assim, grupos médicos que emergiram como resultado de investimentos de médicos autônomos e que lograram êxitos na implantação do modelo assistencial da medicina de grupo obtiveram legitimidade e sustentação política e financeira por parte da Previdência Social. Foram as normas do PAPS que consolidaram, no plano legal e normativo, as articulações entre os segmentos privatizantes da burocracia previdenciária, os empresários médicos e os capitalistas dos setores produtivos e de serviços. A partir daí, estavam dadas as condições legais e institucionais para o incentivo à expansão das empresa médicas (CORDEIRO, 1984, p. 59-60).

3.4.3 A unificação da previdência (INPS), a expansão das seguradoras de serviços de saúde e a consolidação das empresas de autogestão.

A unificação se completa com a implantação, em 02/01/1967 pelo Decreto-lei Nº 72, de 21/11/66, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que unificou os Institutos de Aposentadoria e Pensão existentes, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social

(SUSERPS). Com a criação do INPS, o convênio-empresa “foi incorporado como política de assistência médica, juntamente com o credenciamento de profissionais e a contratação de terceiros, os chamados contratos de adesão” (CORDEIRO, 1984, p. 67).

Braga e Paula (1986) mostram que a solução adotada na unificação previdenciária “é a solução que faz prevalecer os interesses capitalistas em geral e especificamente os interesses capitalistas no setor” (p. 89) e que se assentaram em três pilares fundamentais:

1) Ampliação do campo de ação das instituições estatais coordenadoras do setor saúde de forma a assegurar a ampla predominância da empresa privada;

2) Ampliação pelo Estado dos recursos financeiros disponíveis através do aumento das contribuições e da expansão da cobertura e;

3) Ampliação pelo Estado de seu papel de mobilização e centralização financeiras.

Oliveira e Teixeira (1985) destacam cinco características gerais do período que esses autores denominam, como Cordeiro (1984), de “implantação do modelo de privilegiamento do produto privado (1966-1973)”, características também assinaladas por Bravo (2007, p.94);

a) Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 1973, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos;

b) Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo, além da articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar;

c) Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos;

d) Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços;

e) Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica.

No ano de 1974, já no contexto da crise do “milagre econômico”²¹ brasileiro e no

²¹ Denominação dada ao período de 1969 a 1973 (governo Médici) de forte crescimento econômico, aumento da concentração de renda e dos indicadores de pobreza.

meio da crise mundial da economia capitalista, uma série de decisões aprofundam a reestruturação previdenciária e as políticas sociais do governo militar. Em 25 de julho desse ano é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, separando-se do Ministério do Trabalho (Lei Nº 6.062). Nesse período se cria também o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), é promulgada a Lei do Sistema Nacional de Saúde e criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), vinculado à Caixa Econômica Federal e com o objetivo de aportar recursos à expansão do setor hospitalar do complexo médico-empresarial. No entanto, das iniciativas do período, a que terá maior impacto positivo ao desenvolvimento das empresas médicas no país será a elaboração do Plano de Pronta Ação (PPA) que se

traduziu por um conjunto de normas e rotinas de funcionamento estabelecendo as atribuições de cada setor na prestação de assistência médica, além de adotar explicitamente a estratégia de contratação de serviços, credenciamentos e convênios, mantendo e ampliando a multiplicidade de formas institucionais de prestação de assistência médica. [...] O PPA estimulava, portanto, com toda a clareza, o desenvolvimento do complexo médico-empresarial, transferindo recursos ao setor hospitalar, à medicina de grupo, às cooperativas médicas e a médicos autônomos credenciados. (CORDEIRO, 1984, p. 80-1).

Além de incentivar os convênios, o credenciamento de médicos e a contratação de cooperativas, via PPA, o governo autorizava também, a partir de 1974, a dedução pelas empresas, no Imposto de Renda, dos gastos que tivessem com assistência médica. Após o PPA, verifica-se a expansão em todo o país, principalmente em São Paulo, dos convênios-empresa, chegando em 1979 a aproximadamente 6.000 convênios com uma população coberta de quase 5 milhões de beneficiários. O FAS, com o financiamento do investimento no setor hospitalar, e o PPA, criando um mercado cativo ao complexo médico-empresarial, serviram de mecanismo de alavancagem capitalista na saúde. Mendes (1993) mostra que, como resultado dessa alavancagem, “em 1969, havia 74.543 leitos privados no País e, em 1984, eles chegam a 348.255, ou seja, num período de 24 anos dá-se um crescimento da rede privada em 465%” (p. 24).

Nos anos de 1977/78, finalizando um período de unificação e centralização do aparelho previdenciário, é criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) composto pelos Instituto de Administração Financeira da Previdência Social (IAPAS), o INPS e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Compunham ainda o SINPAS a Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA), a Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM), a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV) e a Central de Medicamentos

(CEME).

Oliveira e Teixeira (1985, p. 234) resumem os princípios que orientaram a política de assistência médica previdenciária do período (1966 a 1977) como: “financiada pelos trabalhadores, gerida pelo Estado e fomentando a consolidação de uma área privada de acumulação de capital”. Foi um período que viu, principalmente a partir de 1967, “as bases do apoio estatal às empresas médicas se consolidarem” (CORDEIRO, 1984, p. 102), com a expansão contínua dessas principalmente em São Paulo, já a partir de 1970 menos dependentes do financiamento estatal demonstrando a acumulação e a capacidade de reprodução capitalista no próprio setor, além do surgimento no final dos anos 70, das

empresas médicas de pré-pagamento de origem transnacional, vinculadas a companhias de seguro-saúde privado. A penetração do capital financeiro internacionalizado neste segmento do complexo médico empresarial indicaria um novo momento em seu desenvolvimento, já agora com bases financeiras mais sólidas, que tenderiam a eliminar as pequenas empresas ou subordiná-las à sua lógica (CORDEIRO, 1984, p. 104.).

Lógica essa que seria confirmada, como demonstra o trabalho de Andreatzi (2002), com a entrada do grande capital no setor suplementar de saúde na segunda metade dos anos 70, após regulamentação específica do Conselho Nacional de Seguros privados – CNSP e da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, autarquia federal responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. Essa autora mostra que

As empresas seguradoras anteviam, já, uma taxa de retorno alta: era um mercado em ascensão, numa conjuntura que combinava recessão e inflação, onde os resultados dos seguros de bens materiais estavam comprometidos (Andreatzi, 1991). Segundo Lima (1998), entre 1981 e 1993, em função da recessão alternada com a hiperinflação, o comportamento da indústria de seguros no Brasil, medida pela relação prêmios/PIB, somente não foi pior em função do crescimento constante dos ramos “saúde” e “automóveis”. As perspectivas de executivos de grandes seguradoras como o BRADESCO Seguros e o ITAÚ Seguros, nos anos 80, seriam do seguro saúde se constituir a terceira carteira em arrecadação de prêmios, maior do que o seguro de vida (ANDREAZZI, 2002, p. 150).

O seguro saúde é um seguro destinado a dar cobertura aos riscos de assistência médica e hospitalar com garantia em dinheiro efetuado pela sociedade seguradora ao contratante, pessoa física ou jurídica. A legislação estabelece a livre escolha do médico e do hospital, veda a prestação dos serviços médicos e hospitalares em rede própria das seguradoras e o pagamento das contas médicas e hospitalares poderá ser feito diretamente aos segurados, aos médicos ou aos hospitais via reembolso. As empresas do setor são representadas pela Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização

(FENASEG), fundada em 1951.

Nos anos 1970 também se consolidaram as empresas de autogestões no setor suplementar de saúde. Conforme informa o Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS, 2000, p. 26) a

autogestão em assistência à saúde é o sistema em que a própria empresa ou outro tipo de organização institui e administra, sem finalidade lucrativa, o programa ou plano de saúde de seus beneficiários, reduzindo os gastos decorrentes com a intermediação das empresas de planos de saúde do mercado.

O setor de autogestão é representado pela União Nacional das Instituições de Autogestão (UNIDAS), pela Associação Brasileira de Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas (ABRASPE), criada em 1980, e pelo Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS), implantado em 1990. Um exemplo de empresa que atua como autogestão no setor de prestação de serviços em saúde é a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), “modelo independente, pioneiro e bem-sucedido de autogestão. Foi fundada em 1944 por um grupo de funcionários, com o objetivo de ressarcir as despesas de saúde” (CIEFAS, 2000, p. 16). Na avaliação da CIEFAS, a assistência à saúde oferecida pelas próprias empresas reduziria o absenteísmo e complementaria a saúde pública. “Com um potencial econômico em descoberta, a garantia de assistência à saúde significava, no processo de estabilização das empresas, o melhor argumento para objetivar a produtividade de seus trabalhadores” (CIEFAS, 2000, p. 18).

Os anos 70, com o conjunto de políticas públicas implementadas e as alterações no arcabouço jurídico-político legal e institucional, consolidam a hegemonia do modelo médico-assistencial privatista no país que, conforme assinala Mendes (1993, p. 26), está assentado num tripé:

- a) O estado como grande financiador do sistema;
- b) O setor privado nacional como o maior prestador de serviços de atenção médica;
- c) O setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos.

Esse mesmo autor mostra que esse modelo pode ser dividido em quatro subsistemas: a) o estatal composto pelos órgãos públicos de atenção à saúde nas esferas federal, estadual e municipal, onde o movimento sanitário se destaca como defensor; b) o contratado com a Previdência Social, hegemônico entre os subsistemas, representado principalmente pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH); c) o subsistema de atenção médica supletiva ou suplementar, em franca expansão e que viria a ser hegemônico nos anos 80, tendo a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) como principal portavoze; e d) o

subsistema ainda incipiente, de alta tecnologia, organizado em torno dos hospitais universitários com maior densidade tecnológica (MENDES, 1993, p. 30).

Esse modelo se esgota no início dos anos 80, tendo sido incapaz de aliviar os graves problemas da saúde no país, com parcelas expressivas da população excluídas de sua atenção, no contexto político de ampliação das lutas populares no fim dos anos 70 no Brasil, inclusive entre os envolvidos com a questão da saúde, com destaque ao movimento pela reforma sanitária.

3.5 OS ANOS 80 E A LUTA NA SAÚDE ENTRE OS PROJETOS DE REFORMA SANITÁRIA E O NEOLIBERAL.

As políticas de saúde dos anos 80 foram influenciadas pelo contexto político e econômico desse período. Por um lado, a crise mundial dos anos 70 atingiu profundamente a economia brasileira em grande parte integrada de forma dominada ao sistema mundial. A recessão que atingiu o país entre os anos 1980 a 1982 paralisou o desenvolvimento econômico interno, característica que prevaleceu durante quase vinte anos (anos 80 e 90), todo um período que ficou conhecido como as “décadas perdidas”.²²

Os organismos econômicos internacionais, em consonância com a nova estruturação econômica mundial, pressionaram o país a adaptar-se à nova conjuntura integrando-se mais ao sistema global, através de um conjunto de políticas que ficaram conhecidas como reformas neoliberais. A década de 80, com exceção do breve período do plano Cruzado, viveu em crise permanente, em constante recessão, com aceleração inflacionária e crise cambial, refletindo profundamente, de forma negativa, nas condições de vida da população brasileira.

O contexto político do país também interferiu nos rumos das políticas de saúde implementadas nessa época. Era o período do fim dos governos militares e do processo de redemocratização política do país, o que teve enorme influência no arcabouço político, jurídico e institucional da saúde no Brasil. No final dos anos 80 apesar do avanço da legislação em saúde, se mantém uma profunda desigualdade entre a população brasileira no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde.

Na saúde pública brasileira prevaleceu, nos anos 70, o “entendimento reducionista da atenção primária seletiva, especialmente através dos programas de medicina simplificada ou

²² Conforme demonstram Lesbaupin e Mineiro (2002) acerca do “desmonte” do Brasil: “(...) entre 1900 e 1980, [o Brasil, que vinha] crescendo a uma taxa média de 5,7% ao ano, caiu para 1,6% na década de 1980 – a ‘década perdida’ – e 1,8% na década de 90 – a década neoliberal, também ‘perdida’. No governo FHC, o crescimento foi de apenas 2,4% (1995-2001)”. (p. 8).

das estratégias de sobrevivência dos grupos de risco” (MENDES, 1993, p. 27). O Estado, por essa orientação, deveria elaborar programas na área da saúde com baixos custos, com tecnologia simples, pessoal de baixa qualificação e dirigidos a populações marginalizadas, em consonância com o acordado na Conferencia Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata (URSS) em setembro de 1978.

Em oposição, tanto a essa visão reducionista da ação pública em saúde como ao modelo de financiamento estatal do setor privado, começam a surgir reações de trabalhadores na saúde, com destaque às organizações sindicais da saúde, médicas, acadêmicos e pesquisadores na área.

Em 1976 surge o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e em 1979 a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), entidades que “através de publicações, debates, simpósios e outras atividades, começaram a sistematizar uma proposta alternativa ao modelo médico-assistencial privatista” (MENDES, 1993, p. 28). Em conjunto com outros setores organizados da sociedade civil, como partidos de oposição e entidades de profissionais de saúde, uma pauta começa a ser consolidada nesse campo, em contraposição ao setor hegemônico na saúde. Bravo (2007, p. 96) destaca como as principais propostas então debatidas, a

universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde.

Por essa perspectiva, o projeto da Reforma Sanitária teria contradições com o projeto hegemônico, o projeto neoliberal, que objetivava reciclar o modelo médico-assistencial privatista adaptando-o ao novo momento de acumulação capitalista consolidada no setor, já menos dependente do financiamento estatal. O momento mais importante do movimento político-sanitário dos anos 80 foi a preparação e realização da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986, em Brasília. Seus temas centrais foram : 1) a Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; 2) reformulação do Sistema Nacional de Saúde e; 3) financiamento setorial. Essa conferência se diferenciou das anteriores pela representativa presença de delegados de amplos setores da sociedade interessados na questão da saúde (cerca de 4.500 participantes entre os quais 1.000 delegados) e pelo seu processo de preparação com a realização de pré-conferências municipais e estaduais, preparatórias à nacional, seguindo o

temário pré-estabelecido. Para Bravo (2007, p 96), nessa conferência, “a questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária”.

De acordo com Mendes (1993, p. 42) a reforma sanitária pode ser conceituada como

um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema.

Com base no relatório da VIII Conferência, Mendes (1993) destaca três aspectos fundamentais na concepção da reforma sanitária:

1- Um conceito abrangente de saúde, devendo ser conquistada pela população e resultante de condições socioeconômicas tais como alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, lazer, o acesso à terra e aos serviços de saúde.

2- A saúde é vista como um direito de cidadania e um dever do estado.

3- Propõe uma profunda reformulação do Sistema Nacional de Saúde, com a instituição de um Sistema Único de Saúde, que tenha como princípios essenciais a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização com mando único em cada instância federativa e a participação popular.

O movimento da reforma sanitária foi, no âmbito do movimento social nas questões de saúde, a expressão do crescimento do movimento popular em todos os setores da sociedade no final dos anos 70 e início dos anos 80, a exemplo das greves dos metalúrgicos do ABC e do ressurgimento do movimento estudantil, ambos perseguidos e em parte proibidos pela ditadura militar, movimentos que em âmbito mais geral tinham como objetivo a derrubada da ditadura militar e o restabelecimento da democracia no país.

Concomitante ao movimento da reforma sanitária foi se consolidando um novo quadro no setor privado de saúde, em consonância com as reformas neoliberais, com destaque para o crescimento do subsistema suplementar de saúde. Esse setor privado da saúde é representado principalmente pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo - ABRAMGE e pela Federação Brasileira de Hospitais - FBH, com diferenças entre si, já que a primeira representa um setor menos dependente do Estado, mas unidos na defesa da expansão capitalista na saúde.

A década de 80 foi marcada pela crise na Previdência Social, expressão da crise geral, que conforme Oliveira e Teixeira (1985) e Mendes (1993) pode ser caracterizada por três momentos:

a) a crise ideológica expressa na tentativa de implementação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, o PREV-SAÚDE, que objetivava a universalização dos cuidados primários em saúde a toda a população, proposta reduzida e racionalizada posteriormente, e que foi criticada por todos os setores envolvidos na questão, não tendo sido colocada em prática.

b) a crise financeira da Previdência Social, reflexo do período recessivo e do financiamento ao setor privado, que identifica na assistência médica previdenciária a razão principal dessa crise no setor. Nessa questão a FBH e a ABRAMGE assumem posições opostas já expressando as mudanças na hegemonia do setor. A primeira defendendo a manutenção da assistência médica financiada pela Previdência Social e a segunda, menos dependente do Estado, reforçando as críticas a esse financiamento.

c) a crise político-institucional, que levou à criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), que tinha como meta estudar e propor normas para uma melhor prestação da assistência médica aos previdenciários. O CONASP propõe um Plano de Reorientação da Assistência a Saúde onde se destacam dois projetos principais: o Plano de Contas Hospitalares, pondo fim ao pagamento por unidades de serviço nos hospitais e o Plano de Racionalização Ambulatorial que, através de uma rede ambulatorial racionalizada buscava aliviar a demanda hospitalar. Esse plano acaba levando posteriormente às Ações Integradas de Saúde (AIS).

O plano do CONASP dá ao INAMPS papel de destaque na normatização da assistência médica e ganha o apoio do movimento sanitário, da ABRAMGE, da medicina liberal tendo, no entanto, a oposição ferrenha da FBH.

Após a instalação da Nova República, em 1985, profissionais oriundos do movimento sanitário ocupam os postos mais importantes do Ministério da Saúde, da Previdência e Assistência Social e do INAMPS.

O INAMPS, coordenando e impulsionando a partir de 1985 as Ações Integradas de Saúde (AIS), introduz a Programação e Orçamentação Integrada (POI), mecanismo de planejamento descentralizado e integrado. As AIS, apesar de alguns avanços, não conseguiram superar o caráter de política social compensatória e foram substituídas em julho de 1987 pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDES), que incorpora os princípios postulados pela reforma sanitária.

O SUDS vive dois momentos distintos. O primeiro, sob a gestão de Hesio Cordeiro (1987-88), busca implementar os princípios da reforma sanitária e preparar a transição para o SUS, e o segundo, na gestão Serrão, "tenta minar as ações políticas de fundo perpetradas no primeiro momento" (MENDES, 1993, p. 44). Soares (2001, p. 247) mostra que com a substituição de Hesio Cordeiro do INAMPS, "teve início um período de retrocesso político no que diz respeito às diretrizes básicas que estavam sendo implementadas no setor saúde, provocando um grave refluxo no projeto do SUDS."

Apesar disso, para Mendes, o SUDS se configurou como

uma reforma administrativa que não conseguiu dar eficácia e eficiência ao subsistema público de saúde.

Ademais, o SUDS reforçou os mecanismos de universalização excludente e não conseguiu superar as relações clássicas de intermediação entre Estado e sociedade caracterizadas pelo clientelismo e corporativismo (MENDES, 1993, p.46)

Apesar dos avanços e limites do SUDS apresentado acima, o contexto de elaboração e promulgação da Constituição de 1988 incorpora um conjunto de conceitos e princípios da prática corrente e hegemônica por referências a lógica organizacional da reforma sanitária, assim relacionados por Mendes (1993, p. 47):

- a) o conceito de saúde entendido como articulação de políticas sociais e econômicas;
- b) saúde como direito social universal;
- c) caracterização das ações e serviços de saúde como de relevância pública;
- d) a criação do Sistema Único de Saúde;
- e) a integração da saúde no âmbito da seguridade social.

O texto da saúde na Constituição Federal de 1988 representou o avanço do movimento social na época, a correlação de forças da sociedade de então, e significou um importante patamar jurídico-institucional na luta entre as posições da reforma sanitária e do projeto neoliberal.

Após a Constituição de 88, o arcabouço jurídico institucional foi complementado com: a promulgação das Constituições Estaduais e das Leis Orgânicas Municipais; da Lei 8.080, de setembro de 1990, também conhecida como Lei Orgânica da saúde, que trata da promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, além da Lei 8.142, de dezembro de 1990, que trata da participação comunitária na gestão do SUS e das transferências de recursos intergovernamentais na área da saúde.

No entanto,

tanto a Constituição de 1988 quanto a Lei 8.080 não conseguem incluir dispositivos reguladores do setor privado moderno, seja na sua vertente de

produtores de insumos, seja no denominado subsistema de atenção médica supletiva. E mais: não permitem a regulação do subsistema de alta tecnologia. O capital político acumulado pela reforma sanitária não alcança a tanto (MENDES, 1993, p. 48).

Há ainda os limites à implementação dos avanços jurídicos e políticos obtidos pela reforma sanitária. Bravo (2007, p. 99) mostra que o SUDS e o SUS

tiveram, no entanto, pouco impacto na melhoria das condições de saúde da população, pois era necessária sua operacionalização, que não ocorreu. Além dos limites estruturais que envolvem um processo de tal ordem, as forças progressistas comprometidas com a Reforma Sanitária passaram, a partir de 1988, a perder espaços na coalisão governante e, conseqüentemente, no interior dos aparelhos institucionais.

É inegável que no início dos anos 90, um novo arcabouço jurídico estava consolidado e serviria de patamar legal para as discussões no campo da saúde: a Constituição Federal de 1988, as Constituições Estaduais, as Leis Orgânicas Municipais, a Lei 8.080 e a Lei 8.142. No entanto, apesar desse novo marco legal, uma nova conformação capitalista do sistema de saúde já estava estabelecida, com a hegemonia do subsistema de atenção médica supletiva ou suplementar: os planos e seguros de saúde. Tratava-se de um momento histórico que apresentava, de um lado, o avanço das lutas populares expressas na derrubada da ditadura militar e nas conquistas estabelecidas na ordem jurídica e política e, de outro, a expansão capitalista do Brasil, inclusive na saúde, com o correlato peso político concreto desse setor de classe, o que garantia condições concretas (mercado, regulação, financiamento etc.) para sua reprodução.

Felipe (1991) assinala ainda a possibilidade para mascarar o quadro de restrição estendendo-se a cobertura formal apresentada quantitativamente, em detrimento da cobertura real, sobretudo se considerada sob os aspectos qualitativos. Assim, iniciativas meritórias, consideradas em abstrato, separadas do contexto político e econômico em que se movem, como a extensão universal do direito à saúde podem ser incorporadas instrumentalmente. Ainda segundo o autor: “a passagem do acesso restrito ao universal pode abrir espaço a um vazio de direito real, cuja percepção se faz socialmente difusa” (FELIPE, 1991, p. 48).

Para Mendes (1993, p. 59) no final dos anos 80 está consolidado o projeto neoliberal da saúde. O setor está agora dividido em três subsistemas: o público, o de atenção médica supletiva ou suplementar e o de alta tecnologia, que podem ser assim caracterizados:

1) O subsistema público, em parte estatal (instituições públicas federais, estaduais e municipais) e em parte privado (sindicatos, empresas, estabelecimentos filantrópicos, beneficentes e lucrativos), destina-se fundamentalmente à atenção primária e seletiva às

populações mais pobres e é financiado direta ou indiretamente pelo Estado.

2) O subsistema de atenção supletiva ou suplementar, que cresce exponencialmente nos anos 80 beneficiado, entre outros fatores, pela universalização excludente, tem como objeto a doença e como objetivo a atenção médica. Esses serviços são considerados custos e são repassados aos consumidores, determinando assim pelo mercado os grupos sociais privilegiados que terão acesso a esse subsistema. Está conformado por cinco modalidades assistenciais principais: a) medicina de grupo, composto por empresas médicas privadas; b) as autogestões ou sistema próprio, patrocinadas ou não pelos empregadores; c) as cooperativas médicas, em que os médicos são sócios e prestadores dos serviços; d) o seguro saúde, em que uma seguradora reembolsa conforme contrato, os gastos com saúde e; e) as administradoras, em que empresas especializadas gerenciam planos ou assistência à saúde.

3) O subsistema de alta tecnologia, cujo crescimento resulta da ampliação dos hospitais de ensino, dos “interesses dos produtores de insumos que têm, nesse subsistema, um consumidor privilegiado.” (MENDES, 1993, p. 60) e da expansão dos outros dois subsistemas que têm no subsistema de alta tecnologia a complementaridade dos limites de sua atuação. Esse subsistema é o que apresenta a maior densidade tecnológica e é financiado principalmente pelo Estado e pelos fundos de previdência de grandes estatais (MENDES, 1993, p. 61).

3.5.1 Limites do movimento pela reforma sanitária.

É importante assinalar alguns dos limites do movimento da reforma sanitária. O foco quase que exclusivo do movimento da reforma sanitária está na contradição entre serviços de saúde oferecidos pelo Estado em contraposição aos serviços privados de saúde contratados pelo Estado. Enquanto o setor contratado pelo Estado era o grande alvo do movimento sanitário, o setor de atenção denominado supletiva ou suplementar, oriundo da medicina previdenciária, nos anos 80, se consolidou como setor privado hegemônico na intermediação financeira de serviços de saúde.

O Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat) já identificava corretamente, em 1982, que apesar das restrições na contratação de serviços privados de saúde contrariar parte dos interesses desse setor, por outro lado, a política de racionalização dos gastos poderia fortalecer ainda mais a concentração e ampliação do capital no setor saúde, em especial do segmento de planos privados de saúde. Pina, Castro e Andreazzi (2006), citando documento do Diesat, mostram que

o processo de racionalização de serviços com controle de gastos [...] contraria os interesses de parte do empresariado hospitalar, não [...] para fortalecer o setor público, mas para concentrar a propriedade privada do setor, levando-a ao oligopólio e abrindo espaço para as multinacionais e o capital financeiro que penetra fortemente na área de seguro-saúde.(PINA; CASTRO; ANDREAZZI, 2006, p. 839).

Além disso, esses autores mostram no mesmo trabalho que a formulação do movimento de reforma sanitária

acerca do financiamento necessário a uma universalização que preservasse os padrões de oferta alcançados pelos trabalhadores formais, à época, era dúbia. Se não negava a necessidade de recursos adicionais, priorizava a interpretação de que os recursos existentes eram mal-empregados e se esvaíam pelos canais da corrupção. (PINA; CASTRO; ANDREAZZI, 2006, p. 839).

As formulações predominantes no movimento de reforma sanitária estão inscritos na alternativa democrática em torno das concepções de bem estar social. Conforme Oliveira (1989), a reforma sanitária no Brasil, além de se desenvolver de dentro dos aparelhos de Estado para fora, ou de cima para baixo, adquiriu um sentido restrito, um novo nome para rebatizar antigas proposições que apenas repõe a estratégia social-democrata de mera ‘ocupação’ e gestão ‘humanizada’ do Estado capitalista.

3.5.2 Universalização excludente.

Além disso, cabe apenas, mesmo que sumariamente, situar e problematizar alguns pontos. Universalização excludente, nos termos propostos por Faveret e Oliveira (1990) expressa a visão de que a universalização do acesso à saúde aliada à baixa qualidade dos serviços oferecidos "expulsa" setores de camada média e outros segmentos sociais do acesso ao sistema público de saúde, sendo incorporados às opções privadas que já estão a disposição desses potenciais consumidores de serviços de saúde. Nas palavras desses autores "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" (p. 155). Esses segmentos não são totalmente expulsos do sistema já que continuam dependendo da saúde estatal para determinados procedimentos de alta complexidade e custo, como transplantes mais complexos por exemplo, além das campanhas sanitárias ou farmácia subsidiada que, de uma forma ou de outra, são também alvos e beneficiários. Esses segmentos serão um novo e promissor filão do mercado para a expansão dos planos e seguros privados de saúde.

Para Faveret e Oliveira (1990) a “universalização excludente” traria a vantagem de servir como um mecanismo

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 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. (FAVERET; OLIVEIRA, 1990, p. 155-6).

Apesar de que a tese da “universalização excludente” traz a vantagem de chamar a atenção para o fato real de que a baixa qualidade e a insuficiência nos serviços públicos de saúde expulsam camadas outrora usuárias desse subsistema, ela se equivoca, na mesma linha da argumentação de Andreazzi (2002, p. 269), primeiro por identificar esse fenômeno como característico dessa época e não ver que já vinha acontecendo e, segundo, ao considerar esse mecanismo como positivo sem levar em conta que os regimes focalizados de assistência pública para camadas mais carentes, a exemplo do que ocorre nos Estados Unidos, mantém sempre um serviço no limite dos mecanismos de contenção das pressões sociais. Não será uma pseudo racionalidade na aplicação dos recursos na saúde pública o principal elemento de garantia de melhores serviços à população mais pobre e sim a capacidade desses setores de classe de transformar em pressão real e política suas necessidades em saúde.

Bahia (2001) contesta a tese da “universalização excludente” por outro ângulo, ao considerar seu referencial, do ponto de vista epistemológico, positivista, já que entenderia a deterioração do SUS como um fato social coercitivo aos indivíduos, levando-os a demandarem cobertura privada. Para a autora, os que se incorporaram ao sistema suplementar de saúde devem ser pensados como possuidores de uma sobreposição de direitos, um duplo direito: o da cobertura pelo SUS e a dos planos de saúde. Entretanto, pode-se argumentar na impropriedade de identificar como direito social os serviços de saúde por meio do sistema suplementar haja vista que para usufruí-los há a condição de um desembolso privado adicional ao que já realizam, desigualmente, através dos impostos e contribuições ao Estado.

Se a Constituição de 1988 expressou, em seu capítulo da Seguridade Social, o avanço na conjuntura da luta de classes de então (fim da ditadura militar, redemocratização, ascensão dos movimentos populares) na prática dos serviços de saúde a realidade era diferente. Enquanto o SUS era uma promessa a ser implementada, consolidava-se o setor privado desses serviços, como expressão da nova configuração da formação econômico-

social brasileira, o que seria reforçado ainda mais a partir dos anos 1990 até os dias atuais, período de hegemonia do projeto dito neoliberal.

3.6 CONSOLIDAÇÃO E EXPANSÃO DO PROJETO NEOLIBERAL NA SAÚDE A PARTIR DOS ANOS 1990.

Nos anos noventa, conforme detalhado no Capítulo 2, aprofunda-se a reconfiguração da formação econômico-social brasileira e a nova forma de inserção do país na divisão internacional do trabalho. O Brasil, de forma semelhante ao período colonial, com diferenças específicas é óbvio, retorna fundamentalmente à sua condição de fornecedor de produtos primários demandados mundialmente. Sua estrutura produtiva interna é reconfigurada para essa nova posição na divisão internacional do trabalho. Aprofunda-se no país a característica de integração subordinada à economia mundial, com uma estrutura produtiva interna muito mais integrada com o sistema produtivo global, tanto a jusante como a montante. O setor mais dinâmico de nossa economia será aquele produtor de *commodities* para formações econômicas dominantes na divisão internacional do trabalho, onde se concentram o consumo e a produção industrial, com destaque para a China e outros países asiáticos, que em razão das condições que oferecem ao capital mundial, se tornam as “fábricas” do mundo.

O Estado brasileiro se “adapta” a essas transformações. Sua “função” de principal instrumento de garantia da reprodução das condições de produção do capital no Brasil assume novos contornos. As transformações determinadas pela nova divisão internacional do trabalho dão ao Estado brasileiro a tarefa de garantir espaço interno à reprodução do capital principalmente na esfera da produção de produtos primários, além de garantir mecanismos financeiros de valorização ao capital especulativo. As privatizações e a abertura à economia internacional garantem as condições mais gerais dessa integração dominada no sistema econômico mundial. Essa reconfiguração, na busca da retomada das taxas de lucro, amplia a produtividade e dispensa força de trabalho gerando o desemprego estrutural que caracterizou os anos 90.

Cabe ainda a esse Estado contrarreformado completar sua função com uma política social focalizada, com ações dirigidas à população mais pobre, objetivando conter a luta das classes dominadas. Ao capital em excesso abre-se o espaço para expansão em novos mercados, a exemplo de setores como a previdência privada, a saúde e a educação.

Tratava-se de adaptar o Estado e o país à política indicada pelos organismos internacionais, comprometidos com a integração das formações econômico-sociais à nova

divisão internacional do trabalho. O Banco Mundial, em documento de 1987, visando a reforma dos sistemas de saúde dos países dominados, apontava quatro políticas, parte de uma agenda mais ampla de ajuste econômico:

a cobrança aos usuários dos serviços oferecidos pelo governo; o estímulo à utilização de planos privados de cobertura de riscos (a seguridade social ficaria exclusivamente para os pobres e os planos privados de pré-pagamento para os demais); a utilização mais eficiente de recursos governamentais (fim da corrupção, do desperdício, da má gestão dos recursos), e a descentralização dos serviços. (COSTA, 2002, p. 51).

Em consonância com essa orientação, os anos 90 servirão para desmontar os avanços obtidos na conjuntura da década anterior. Como mostra Bravo (2007, p. 100)

a proposta de Política de Saúde construída na década de 80 tem sido desconstruída. A Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir custos.

Entre as questões que comprometeram a possibilidade de avanço do SUS, Bravo (2007, pp. 100-1) destaca o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos e da integralidade entre prevenção e atenção curativa, com prioridade para a atenção médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. Além disso “constata-se que, além de gastar mal, também se gasta pouco em saúde, comparando-se com parâmetros internacionais” (BRAVO, 2007, p. 101).

As conquistas obtidas na Constituição de 1988 foram sendo solapadas na prática por um Estado e uma correlação de forças na sociedade que apontava em outro sentido: no da integração dominada à economia mundial e das políticas sociais, quando implementadas, apenas como mecanismos de resposta e contenção social às demandas das populações mais carentes.

Essa situação fica muito mais clara quando se analisa o orçamento da seguridade social. Cordeiro (2001) mostra que “o orçamento da seguridade social nunca foi efetivamente implantado e o que se observou foi a total separação dos três componentes que foram concebidos na Constituição Federal de 1988, como fazendo parte de um conjunto articulado de políticas” (p. 5). Boschetti e Salvador (2007, p. 54), em artigo que analisam o financiamento da seguridade social no Brasil, mostram que

A finalidade principal do orçamento da seguridade social era constituir-se em um espaço próprio e integrador das ações de previdência, saúde e assistência social, assegurando a apropriação dos recursos do orçamento fiscal. Entretanto, isso na prática não se consolidou; a área de assistência

social foi virtualmente eliminada, e a saúde imprensada, de um lado, pelo Orçamento Geral da União e, de outro, pelo Ministério da Previdência.

A partir de 1993 com o Fundo Social de Emergência (FSE), 20% do orçamento da seguridade social pôde ser desvinculado com o argumento de garantir o equilíbrio fiscal do governo. Um ano depois o FSE foi renomeado, mais adequadamente, para Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e criada a Desvinculação das Receitas da União (DRU), que se mantém até hoje, garantindo a desvinculação de 20% da arrecadação de impostos e contribuições sociais. Assim, com a DRU, “ocorre a alquimia de transformar os recursos destinados ao financiamento da seguridade social em recursos fiscais para a composição do superávit primário e, em consequência, sua utilização para pagamento de juros da dívida” (BOSCHETTI; SALVADOR, 2007, p. 66). Concluem esse autores que “no capitalismo contemporâneo, particularmente no caso brasileiro, ocorre uma apropriação do Fundo Público da seguridade social, para valoração e acumulação do capital vinculado à dívida pública.” (p. 70).

Alencar e Granemann (2009, p. 165-6) sintetizam as contrarreformas implementadas pelo Estado contemporâneo “no sentido de privatizar o fundo público de diferentes e criativas formas” (p. 165-6):

- a) entrega do parque estatal lucrativo (produtivo e de serviços) aos negócios privados;
- b) redução da proteção à força de trabalho ocupada e excedente pela diminuição de direitos trabalhistas e sociais de que são exemplos característicos as contrarreformas previdenciárias, trabalhista e sindical;
- c) redefinição do campo de atuação das políticas sociais como atividades não exclusivas do Estado de modo a torná-las serviços privados, esferas passíveis de comercialização, de criação de novos negócios e de intensificação dos já existentes (por exemplo a saúde, a previdência e o ensino privado) com subsídios do fundo público;
- d) canalização de parte mínima dos recursos do fundo público que financia as políticas sociais de responsabilidade do Estado para a fração da classe trabalhadora mais pauperizada (programas de transferência de renda/assistenciais, curiosamente cognominados “bolsas”), a enorme fração excedentária da força de trabalho, pela via de operação monetarizada, com dinheiro plástico, operado por bancos, de modo a tornar o recurso público também recursos monetários manipulados por instituições bancário-financeiras, no interesse do grande capital portador de juros;
- e) imputação à força de trabalho empregada pelo Estado da responsabilidade pela ineficiência dos serviços públicos para impor similares condições de trabalho e de vida, de contrato rebaixado, de instabilidade no trabalho e de redução de direitos trabalhistas e sociais às praticadas nas empresas capitalistas contra a força de trabalho.

Quanto ao SUS, Costa (2002) mostra que o estabelecimento da universalização sem

a necessária definição de fontes de financiamento já era antecipada como a falência dessa proposta, mesmo por setores conservadores, a exemplo do deputado federal Roberto Jefferson²³. Ao contrário do que se poderia esperar com a universalização do sistema, houve na verdade uma drástica redução dos gastos federais em saúde, principalmente durante o governo Collor (1990-1992). Com dados apresentados por Costa (MÉDICI, 1995, p.132 apud COSTA, 2002, p.54) é possível ver que o gasto federal com saúde no Brasil caiu de US\$11,3 bilhões em 1989 para US\$6,5 bilhões em 1992, reduzindo-se o gasto federal *per capita* de US\$80,37 para US\$44,11 no mesmo período. Durante os anos de 1993 e 1994, no governo de Itamar Franco que substituiu Collor de Melo, afastado pelo impeachment em 1992, o quadro não se alterou, com gastos médios anuais na ordem de US\$7,5 bilhões. Universalizou-se a saúde pública sem a criação das condições que concretamente garantiriam essa universalização.

Soares (2001, p. 248) reforça essa análise mostrando que o

que vem sendo chamado de SUS, do início do governo Collor para cá, não apenas se distancia da concepção inscrita na Constituição no âmbito da Seguridade Social, como significa, em termos concretos, enorme retrocesso quando comparado ao processo de implantação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) no período de 1986/88.

3.6.1 A expansão dos planos de saúde nos anos 1970, 1980 e 1990.

A progressiva universalização da cobertura de atenção à saúde dos anos 80 sem aportes significativos do orçamento fiscal, com exceção do período entre 1986 e 1989, seria, para Andreazzi (2002, p. 266), um dos fatores que nos anos 80 impulsionaram o crescimento do mercado privado de atenção à saúde. Um outro fator seria “os custos crescentes da medicina que era consumida anteriormente de forma liberal, por uma parcela da população, possibilitando o crescimento de um mercado individual/familiar de seguros” (ANDREAZZI, 2002, p. 266). Esses fatores vieram a se somar aos que já existiam anteriormente reforçando a consolidação do setor privado de saúde suplementar.

A Tabela 1, reproduzida dos estudos de Andreazzi (2002) demonstra o crescimento do número de usuários de planos e seguros privados de saúde no Brasil no período de 1970 a 1998.

²³ Em discurso o Deputado Federal Roberto Jefferson, líder do “Centrão” durante a constituinte, diz que o que a Assembléia Constituinte fez foi “reverência com o chapéu dos outros. Nós temos no Brasil 40 milhões de pessoas economicamente ativas; destes 40 milhões, 27 milhões são trabalhadores pagando, e 13 milhões de aposentados usufruindo. [...] Porém, o que foi que fez a Constituinte? Pegou os recursos de 40 milhões, que na realidade são 27 e estendeu para o usufruto de 160 milhões de pessoas sem acrescentar nem mais um centavo” (COSTA, 2002, p.54).

Tabela 1 - Estimativa de crescimento global do mercado de seguros privados de saúde no Brasil. Anos Selecionados.

Ano	Número de usuários
1970	2.000.000
1972	4.800.000
1977	5.994.344
1981	11.070.000
1987	24.400.000
1989	31.140.000
1991	28.500.000
1992	32.000.000
1994	34.400.000
1995	35.000.000
1996	41.000.000
1998	38.700.000

Fontes: até 1989 – Andreazzi (1991); entre 1991 e 1994 – Mendes (1996); para 1995 – Gazeta Mercantil (1996); para 1996 – Catta Preta (1997); para 1998 – PNAD/IBGE 1998 apud ANDREAZZI (2002, p. 82).

Essa autora destaca que a evolução desse crescimento não é constante, proporcionalmente, em períodos distintos. Nos anos de 1970 a 1978 (anos do “milagre econômico” e do II PND), a taxa de crescimento médio anual é de 32,9%; no período de 1979 a 1983 (recessão no governo Figueiredo) é de 20,4%; entre os anos de 1990 a 1994 (recessão no início dos anos 90) é de 2,2%; e de 1995 a 1998 (a partir do Plano Real) a taxa é de 3,5% (ANDREAZZI, 2002, p. 83). Conclui-se assim que, apesar da tendência ascendente entre o número de usuários de planos e seguros de saúde no período de 1970 a 1998, quase 30 anos,

há uma desaceleração progressiva nesse crescimento que, ao final dos 90, se reverte de forma pouco expressiva. Destacando-se como tendência mais geral, um certo declínio do mercado na década de 90 relativamente aos períodos anteriores (ANDREAZZI, 2002, p. 83-4).

Mostra ainda que “tão ou mais importante do que nos anos 90 foi o crescimento desta alternativa privada de financiamento de saúde nos anos 70 e 80.” (p. 266) expressando a relação intrínseca entre a expansão capitalista no Brasil e o crescimento do mercado de planos e seguros de saúde.

3.6.2 Ações em saúde no governo Fernando Henrique Cardoso.

O debate sobre a necessidade de recursos para a saúde pública se amplia no governo

de Fernando Henrique Cardoso (1995 a 2002) culminando com a aprovação da Lei Nº 9.311, em 22 de outubro de 1996, que instituiu a CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras) definindo um recolhimento de 0,20% das transações financeiras por um período de 13 meses, prorrogado posteriormente. Porém esses recursos não foram aplicados na saúde e sim para o ajuste fiscal considerado necessário pelo governo. O próprio Ministro da Saúde do momento da aprovação da CPMF em 1996, Adib Jatene, diria um ano depois, já fora do governo, que a Contribuição “foi desviada de sua função original, passando a servir ao objetivo do equilíbrio das contas governamentais” (JATENE, 1997, apud COSTA, 2002, p. 58).

Além do debate sobre recursos, discute-se nesse período a gestão e a descentralização, ou municipalização, do SUS. Cordeiro (2001) indica como os principais momentos da implantação do SUS na década de 90:

1) implementação da Norma Operacional Básica (NOB) SUS 01/91, de conteúdo desconcentrador, estabelecendo relações e transferências diretas entre o Ministério da Saúde e as secretarias municipais de saúde;

2) implementação da NOB SUS 01/93, definindo critérios para habilitação dos municípios segundo condições de gestão (incipiente, parcial, semiplena), com pactuação dos recursos entre os gestores e início das transferências do Fundo Nacional de Saúde;

3) implementação da NOB SUS 01/96, redefinindo as condições da gestão para os municípios (plena da atenção básica) e para os estados (plena avançada), em suas áreas respectivas. Para Costa (2002, p. 61) a NOB-96 reverte o poder estabelecido aos municípios pela NOB-93, fortalecendo o papel dos estados na coordenação dos programas vinculados ao SUS, além de priorizar a “focalização conforme foi proposto pelos organismos financeiros internacionais” (p. 61);

4) aprovação e início da implementação da Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS SUS 2001) estabelecendo critérios e estratégias de regionalização nos estados.

Houve ainda diversas tentativas de institucionalizar o ressarcimento ao SUS dos recursos gastos no atendimento de beneficiários de planos de saúde, o que só seria formalizado posteriormente pelo Artigo 32 da Lei Nº 9656, de 1998.

A partir de março de 98 assume o Ministério da Saúde o economista José Serra. Seu período é marcado por decisões de impacto político com destaque para:

a) Emenda Constitucional nº 29, de 10 de agosto de 2000, vinculando recursos orçamentários da União, estados e municípios à saúde pública;

b) implementação da Lei dos Planos de Saúde, Lei Nº 9.656 de 03 de junho de 1998,

que regulamentou o mercado de planos de saúde;

c) criação, através da implementação da Lei Nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)²⁴;

d) criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), implantada pela Lei Nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999;

e) discussão para a redução dos preços dos remédios via produção e oferta no mercado dos medicamentos genéricos.

O período do governo de Fernando Henrique Cardoso conclui a adaptação ou contrarreforma do Estado brasileiro às novas condições da inserção do país na economia mundial. O Estado não precisa mais ser o principal “indutor” do desenvolvimento, ou seja, da expansão capitalista no país. Há capital em excesso no mundo e no Brasil e a função principal desse Estado será garantir condições propícias à valorização do capital na formação econômico-social brasileira, tais como a abertura ao mercado mundial, o estímulo a produção de *commodities*, o investimento na infraestrutura que auxilie o setor econômico integrado mundialmente, abertura de novos setores propícios à expansão do capital (empresas privatizadas, previdência complementar, seguros, saúde, educação etc.), a garantia de porto seguro (rentabilidade, liquidez, segurança) aos capitais especulativos do Brasil e do mundo etc.

3.6.3 O governo Lula.

O governo Lula (2003 a 2010) mantém e aprofunda, no mesmo sentido, a reconfiguração da economia brasileira. Será nesse período que o capital financeiro aplicado em bancos, fundos, *commodities*, títulos, ações etc., encontrará espaço de valorização como nunca antes se viu nesse país. Aproveitando o momento de ampliação da acumulação capitalista mundial, entre a crise de 2001 e a de 2008, o Brasil, beneficiando-se de suas “vantagens comparativas”, tornar-se-á um fornecedor privilegiado de bens primários demandados pelos países dominantes, atraindo capitais com a possibilidade de altas taxas de lucros, reforçando nossa característica dominada na integração à economia mundial.

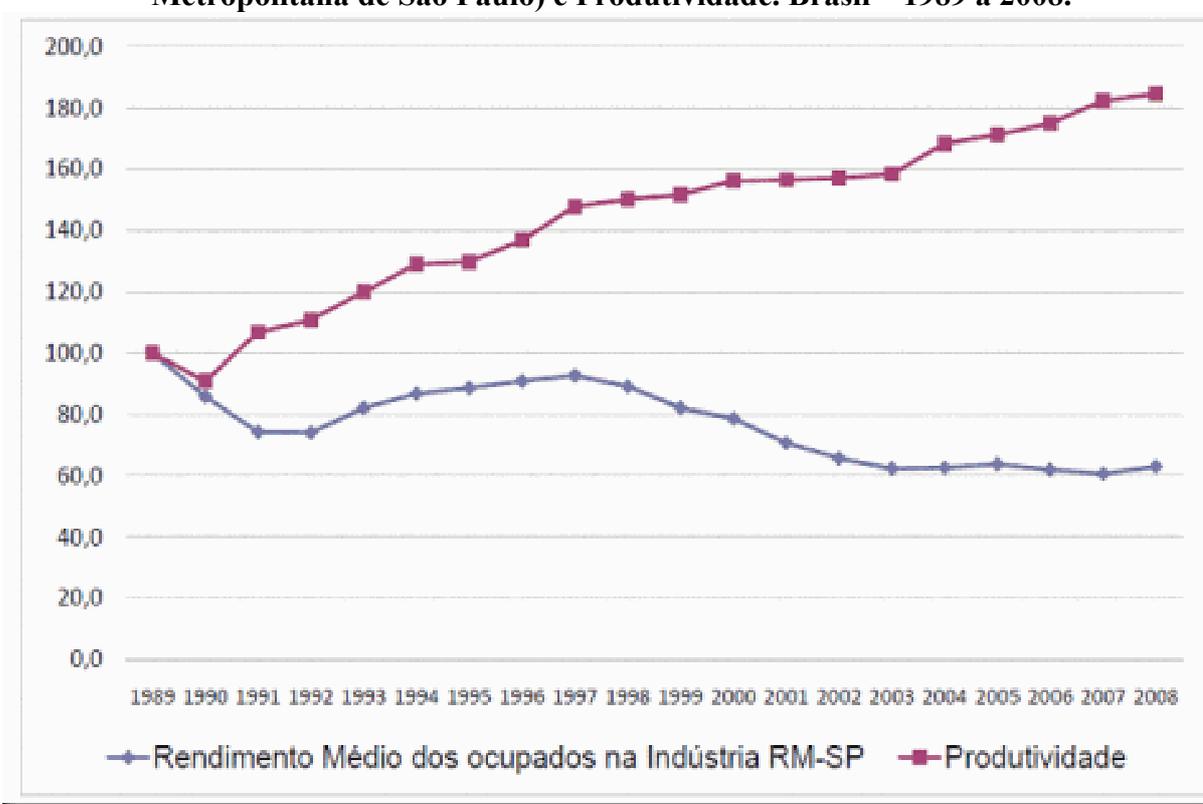
Melhor adaptada à divisão internacional do trabalho, a formação brasileira viveu um momento de crescimento econômico, puxado pelos investimentos ligados à produção de produtos primários, aumentando a renda geral e a produtividade média, sem o relativo

²⁴ A Lei Nº 9.656/98 (planos de saúde) e a Lei Nº 9.961/00 (ANS) foram apresentadas no capítulo anterior.

acompanhamento dos salários. Esse crescimento foi importante estímulo à ampliação dos planos e seguros de saúde.

Com aumento constante da produtividade sem o correlato acompanhamento no aumento dos salários, os anos 2000 apontaram para a elevação na taxa de mais-valia na formação econômica brasileira, fruto da nova inserção do país na economia mundial, o que significa maior taxa de exploração ao proletariado, em relação à riqueza produzida socialmente. O Gráfico 1, elaborado pelo DIEESE (2010), demonstra essa afirmação.

Gráfico 1 - Índice do Rendimento Médio Real dos Ocupados na Indústria (Região Metropolitana de São Paulo) e Produtividade. Brasil – 1989 a 2008.



Fonte: IBGE e DIEESE/Seade, MTE/FAT e convênios regionais. DIEESE (2010).

Assim, enquanto a produtividade quase dobra no período de 1989 a 2008 o rendimento médio real dos ocupados na indústria da Região Metropolitana de São Paulo reduziu em 40% aproximadamente entre 1989 e 2008. Nos anos 2000, especificamente, mantém-se a elevação da produtividade com a estagnação do rendimento médio real. O próprio DIEESE vai, com base nesses dados, afirmar que

Desde o início dos anos 1990, a produtividade industrial é crescente, descolando-se da remuneração real média do setor que permanece estável no período recente. A relação desses indicadores revela que existe um largo espaço para o crescimento dos salários (DIEESE, 2010)

A política de saúde, nos dois governos Lula (2003-2006 e 2007-2010), mantém e aprofunda a política predominante nos anos 90.

Bravo (2007, p. 104) mostra que, no governo Lula, como aspectos de continuidade, mantém-se “a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social”. Mostra ainda que “as grandes questões do SUS não estão sendo enfrentadas, como a universalização das ações, o financiamento efetivo, a política de recursos humanos e a política nacional de medicamentos” (BRAVO, 2007, p. 106). Conclui afirmando que “o SUS real está muito longe do SUS constitucional” (BRAVO, 2007, p. 106), que ele foi se consolidando como um “espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado” (BRAVO, 2007, p. 107) e que “o Projeto da Reforma Sanitária está perdendo a disputa para o Projeto voltado para o mercado” (BRAVO, 2007, p. 107).

No 1º mandato do governo Lula (2003-2006) algumas iniciativas localizadas foram implementadas como o Programa Brasil Sorridente, de saúde bucal, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o Programa Farmácia Popular, a ampliação da atenção básica através do Programa Saúde da Família (PSF), além de programas específicos a assistência psiquiátrica, às mulheres, de prevenção de DST/AIDS nas escolas. Todas reforçam o aspecto focalizado das ações, como preconizado pelo Banco Mundial. Alguns autores justificam essas ações colocando-as como parte do processo de universalização, a exemplo de Menicucci (2011, p. 525) para quem, no Governo Lula, “a focalização na saúde emerge no interior de uma concepção universalista, como estratégia de implantação da universalização como um direito”.

No 2º governo (2007-2010):

As proposições para as políticas de saúde se deslocam para o enfoque nas articulações entre os determinantes sociais da saúde e a política de saúde. Por essa via, a perspectiva de melhoria das condições e qualidade de vida não se limita à construção do SUS, mas ao aumento da capacidade para interferir na determinação social da doença (MENICUCCI, 2011, p. 526).

É lançado o Programa Mais Saúde, no âmbito das ações do Programa de Aceleração Continuada (PAC), com foco no desenvolvimento econômico e na geração de emprego e renda, e mantém-se os programas do 1º mandato com destaque à ampliação do Programa Saúde da Família (PSF).

Será na análise do orçamento para a saúde que fica comprovada a opção pela

continuidade da política restritiva em investimentos sociais e na saúde, determinada pelo ajuste fiscal imposto pela inserção dominada à nova divisão internacional do trabalho. É a necessidade de garantir recursos e garantias para a valorização do capital financeiro no país que predominaram nas opções de política econômica e social nos anos 1990 e 2000.

Nesse sentido, Mendes e Marques (2009) mostram que é o capital financeiro o principal responsável pelos cortes para a área social em geral, e para a saúde em particular. Afirmam que “a política macroeconômica dos anos 1990 e 2000, e mais recentemente a do governo Lula, vem determinando as difíceis condições de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Seguridade Social” e que a “prioridade dada ao capital financeiro não só inviabiliza um crescimento econômico, como a garantia de um financiamento para as áreas sociais, principalmente da saúde pública brasileira” (MENDES; MARQUES, 2009, p. 842).

Especificamente sobre o governo Lula, Mendes e Marques (2009) destacam três situações que caracterizaram sua relação com o orçamento da seguridade social e da saúde em especial: 1) o descumprimento do conceito de ações e serviços em saúde, em que a equipe econômica tenta incluir no orçamento do MS, itens de despesa que não são considerados gastos em saúde; 2) investidas na diminuição do orçamento do Ministério da Saúde e 3) os recursos vinculados da Emenda Constitucional 29 constituem preocupação da área econômica. Sobre esse último ponto Teixeira e Paim (2005, p. 275) mostram que

as manobras para desviar recursos do SUS vinham se configurando desde que o Presidente e o seu Ministro da Fazenda discutiram um acordo com os governadores que permitiria gastar livremente 20% das receitas, ou seja, possibilitando a desvinculação dos recursos de saúde e educação nos orçamentos dos estados.

E complementam mostrando que o governo federal, através de seu Ministro da Fazenda em 2003, argumentava: “se nós aplicamos a DRU (Desvinculação das Receitas da União), por que seríamos contra que eles (governadores) apliquem?” (PALOCCI, 2003 apud TEIXEIRA; PAIM, 2005, p.275).

Mendes e Marques (2009), ao apontar o que caracterizou o 1º governo Lula e suas perspectivas para o 2º (que se confirmaram) sintetizam muito bem o período de 2003 a 2010.

Tanto as manobras do primeiro governo Lula, em incluir itens que não se associam ao conceito de saúde universal como atividades do Ministério da Saúde, bem como a recorrente tentativa de propor a desvinculação dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde, indicam que o seu segundo governo não tem muita disposição em aumentar sua participação no gasto com saúde, nem em definir fontes exclusivas para seus custeios e tampouco em firmar o compromisso com as políticas sociais universais,

investindo em saúde. (MENDES; MARQUES, 2009, p. 849).

3.6.4 Expansão do mercado de planos e seguros de saúde nos anos 2000.

O mercado de planos e seguros de saúde nos anos 2000 viveu um período contínuo de crescimento principalmente nos últimos anos. A partir de 2000 a Agência Nacional de Saúde Suplementar começa a consolidar e divulgar os dados referentes ao setor, já que se torna obrigatório a informação periódica pelas operadoras de planos e seguros de saúde das informações referentes à situação econômico-financeira e dos planos comercializados tais como: serviços cobertos, rede prestadora, tipo de contratação, abrangência geográfica, segmentação assistencial, além de informações sobre os beneficiários. A Tabela 2 apresenta o crescimento de beneficiários de planos de saúde no Brasil na década de 2000, a partir de dados da ANS.

Tabela 2 - Evolução do número de usuários de planos e seguros de saúde no Brasil. Dezembro de 2000 a dezembro de 2009. Anos selecionados.

Mês/Ano	Planos com assistência médica	Planos odontológicos	Total	Variação percentual
dez.10	45.584.144	14.477.590	60.061.734	10,21%
dez.09	41.883.025	12.613.465	54.496.490	7,23%
dez.08	40.497.917	10.322.328	50.820.245	7,26%
dez.07	38.573.033	8.805.684	47.378.717	7,42%
dez.06	36.841.907	7.263.372	44.105.279	7,20%
dez.05	35.010.992	6.133.143	41.144.135	5,15%
dez.04	33.673.600	5.456.603	39.130.203	8,04%
dez.03	31.771.197	4.447.374	36.218.571	3,80%
dez.02	31.105.254	3.788.701	34.893.955	1,53%
dez.01	31.132.361	3.234.364	34.366.725	2,69%
dez.00	30.705.334	2.761.608	33.466.942	-

Fonte: Elaboração do autor a partir de dados do Sistema de Informações de Beneficiários – SIB, da ANS/MS. Consulta em 11 de outubro de 2011. Dados de julho de 2011.

Nota: O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

Os dados apresentados na Tabela 2 seguem uma metodologia diferente da Tabela 1, referente aos usuários de planos no período de 1970 a 1998, e não devem ser considerados como uma continuação direta das informações constantes naquela. No entanto, já apontam, principalmente a partir da 2ª metade dos anos 2000, um crescimento mais acelerado no número de usuários de planos e seguros de saúde, com uma taxa constante de crescimento de

mais de 7% a cada ano a partir de 2006 e com a elevada taxa de 10,21% de crescimento entre dezembro de 2010 e dezembro de 2009.

Mesmo não partindo dos mesmos pressupostos dessa pesquisa, Lígia Bahia e Mário Scheffer, em obra recente (2010), apresentam resumidamente a expansão dos planos e seguros de saúde no Brasil, mostrando a relação entre o desenvolvimento capitalista e a expansão desse mercado:

Voltando um pouco mais no tempo, é nítida a relação entre o desenvolvimento do setor privado da saúde no Brasil e a decisão dos governos autoritários, que unificaram os institutos previdenciários, expandiram a população beneficiária e proporcionaram o crescimento do mercado de serviços de assistência médica. Essas mudanças ocorreram sobretudo por meio da compra direta de serviços pelo Estado e da transferência da função provedora para a iniciativa privada.

Outros fatores históricos contribuíram para a formação do campo da saúde suplementar: a industrialização do país, a partir dos anos 1950, no governo de Juscelino Kubitschek, quando corporações estrangeiras que compunham o parque produtivo contrataram assistência privada para seus empregados; decretos do governo militar de 1964, que viabilizaram a contratação, pelo Estado, de empresas médicas e serviços privados de saúde; a recessão econômica dos anos 1980, a partir da crise do petróleo de 1978, que provocou retração nos convênios mantidos entre o Estado e as empresas médicas, fazendo crescer a oferta direta de planos de saúde a indivíduos ou empresas; a própria Constituição Federal de 1988, que prevê a livre atuação da iniciativa privada na saúde; e, por fim, a reforma do aparelho administrativo do Estado, implementada nos anos 1990, que culminou na criação das agências reguladoras setoriais. (BAHIA; SCHEFFER, 2010, p. 27-8).

O capítulo anterior e esse mostraram como a análise da reprodução do capital tanto em geral, na economia mundial e na conjuntura brasileira, como no setor de serviços de saúde é determinante para a compreensão de como se deu a expansão dos planos de saúde na formação econômico-social brasileira. No capítulo posterior analisa-se mais detalhadamente a expansão dos planos de saúde nos anos 2000, junto com o estudo do crescimento da saúde suplementar na Região Metropolitana de Belém.

4 O SETOR SUPLEMENTAR DE SERVIÇOS EM SAÚDE.

O capítulo anterior apresenta um histórico do desenvolvimento dos serviços em saúde no Brasil. Ao destacar os fatos principais desse movimento, bem como as determinações mais importantes desse processo, sobressai o papel fundamental que a reprodução do capital, na formação econômico-social como um todo e no setor saúde especificamente, teve no sentido desse desenvolvimento. São os movimentos que o capital fez, sempre na concretude da realidade determinada pela relação contraditória entre as relações de produção e as forças produtivas (a luta de classes), que revela o sentido, a forma específica com que o setor saúde e seus subsistemas se desenvolvem e se conformam.

Nas contradições das relações capitalistas estão pressupostos os efeitos e as transformações na superestrutura jurídica, política e ideológica. As alterações no arcabouço legal, na conformação política e nos valores ideológicos que caracterizam o desenvolvimento do setor saúde no Brasil trazem o selo dessa contradição (luta de classes, reprodução do capital) e devem ser analisados revelando essas contradições que determinam em última instância esse desenvolvimento.

O mesmo se aplica às políticas do Estado no setor. A forma como o Estado atua no setor saúde tem como determinação principal o sentido da reprodução do capital na formação brasileira, sempre na realidade concreta das contradições entre as classes (dominantes e dominadas) e nas classes (entre classes e frações de classes) dominantes, que controlam esse aparelho. Historicamente, ao analisar as ações do Estado no setor da saúde no Brasil, em uma primeira fase, essa participação é praticamente nula (período anterior ao início do século XX). No período posterior, em consonância com os primórdios do desenvolvimento capitalista da formação brasileira, sua ação é determinada fundamentalmente pela necessidade de criar condições de oferta e controle desse insumo fundamental à reprodução do capital: a oferta da força de trabalho.

É possível identificar as ações do Estado no setor saúde no período que vai do início do século XX até o final dos anos 80, como de intervenção mais direta na oferta da mercadoria *força de trabalho*, e uma nova forma de intervenção estatal que sobressai a partir do início dos anos 90, com a contrarreforma, em que a ação do Estado, em razão das modificações da reprodução do capital no setor saúde e na formação brasileira, já não é tão direta, mas se dá principalmente garantindo as condições mais gerais (a “regulação”) da reprodução (oferta, controle, condições) da força de trabalho.

Essa nova forma de intervenção do Estado no setor saúde, a partir dos anos 1980/1990, tem relação tanto com a nova forma de integração da formação econômico-social brasileira na divisão internacional do trabalho como com a existência e magnitude do capital e das taxas de lucro no setor especificamente. Quanto à nova forma de integração, esta está fundada principalmente na produção de commodities, com reestruturação produtiva “dispensando” força de trabalho e inserindo tecnologia na produção de produtos primários. Redefine-se assim a estrutura interna de produção no Brasil a partir da forma como se organiza a economia mundial, nas possibilidades que a realidade brasileira permite.

Nessa nova fase será o próprio capital “privado” que encontrará as formas necessárias (nos limites determinados pela conjuntura, ou seja, pela luta de classes) para garantir a reprodução da força de trabalho (salários, educação, saúde). Já há capital acumulado, principalmente a partir da crise dos anos 70 e do incentivo dado pelo Estado nos anos anteriores (como apontado nos capítulos anteriores), para ser investido com taxas de lucro compatíveis no setor saúde. Isto não significa que o Estado não continue a incentivar a acumulação capitalista no setor mais diretamente, como será detalhado mais a frente (as formas de auxílio direto do Estado na acumulação do setor suplementar de saúde), mas que o capital privado aplicado no sistema de saúde não é mais “dependente” do Estado diretamente, podendo reproduzir-se ampliadamente com o capital que já circula nesse mercado.

Andreazzi e Kornis (2008) mostram como para a análise da dinâmica contemporânea da acumulação na saúde é necessário identificar “a direção e o sentido da acumulação do capital e também perceber o ambiente onde se desenvolvem os atuais processos de competição.” (p. 1410). Cordeiro (1980) e Gadelha (2006) são outros exemplos de autores que analisam o setor saúde incorporando o conceito de complexo médico-industrial para explicar “as inter-relações entre a prestação de serviços de saúde e a indústria de bens necessários à provisão de cuidados em saúde” (ANDREAZZI; KORNIS, 2008, p. 1410). Gadelha (2007), que diferentemente de Cordeiro, expressa claras influências do pensamento cepalino (desenvolvimentista) em sua análise da relação entre saúde e desenvolvimento econômico, como demonstram Andreazzi e Kornis (2008, p. 1411), destaca a necessidade de análise mais geral da questão da saúde:

[...] necessitamos repensar a saúde, retomando e atualizando uma agenda estruturalista que privilegia os fatores histórico-estruturais que caracterizam nossa sociedade – nosso passado escravista e colonial e a conformação de uma sociedade desigual – e nossa inserção internacional e sua relação com uma difusão extremamente assimétrica do progresso técnico e, nos termos atuais, do conhecimento e do aprendizado, dissociados das necessidades locais. (GADELHA, 2007, p. 7).

Bahia (2008, p. 1393), que parte de outro referencial teórico do presente trabalho, identifica “duas ordens de lacunas no conhecimento sobre o mercado de planos e seguros de saúde e relações entre o público e o privado” na atualidade:

1) a incipiência no debate teórico-conceitual entre as diferentes abordagens e a rarefação de pesquisadores “que articulem as inferências econômico-políticas-sociais com os indicadores de saúde”.

2) a “precariedade, fragmentação do conhecimento sobre a origem, as trajetórias e estratégias de expansão do empresariamento privado na área de assistência e comercialização de planos e seguros de saúde”. E complementa afirmando a “ausência de estudos sistêmicos sobre o mapeamento dos grupos econômicos que atuam no setor saúde e suas conexões financeiras, institucionais e políticas” (BAHIA, 2008, p. 1393).

Como se vê, mesmo uma autora que aborda a questão da saúde suplementar a partir de uma abordagem neoclássica, identifica a necessidade de estudos que articulem os “indicadores” da saúde com inferências econômicas, políticas e sociais.

A atual pesquisa pretende contribuir e se alinha com as análises sobre a expansão do subsistema suplementar de saúde a partir da perspectiva da reprodução do capital no geral e no setor especificamente como mostrado nos capítulos anteriores. No presente capítulo apresentar-se-á a expansão dos planos e seguros de saúde na Região Metropolitana de Belém, com foco no período dos anos 2000. Como forma de introdução ao objeto específico de pesquisa é importante delimitar, em linhas gerais, as características principais da expansão do setor suplementar de serviços de saúde no Brasil, nos anos 2000.

4.1 OS PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE NO BRASIL, NOS ANOS 2000.

Delimitado pelo processo específico da expansão e reconfiguração capitalista na formação econômico-social brasileira, o subsistema suplementar de saúde no Brasil viveu, nos anos 2000, um período de crescimento constante, conforme Tabela 2 apresentada no capítulo anterior. Esse crescimento, nos espaços determinados pela reprodução do capital em geral, pela ação e magnitude do capital inserido no setor e pelas taxas de lucro obtidas nesse mercado, sofreu influência de outros fatores que interferirão em sua dinâmica.

Os efeitos de um SUS universal na concepção e restritivo na prática (com filas, dificuldades para consultas ou acesso a outros serviços de saúde) e a noção de que com um plano de saúde a pessoa estaria bem atendida, deram sua contribuição ao crescimento do setor

suplementar nos anos 2000. Pesquisa realizada em janeiro e fevereiro de 2011 pelo Datafolha e pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), com o objetivo de “avaliar o comportamento e a utilização de serviços de saúde tanto por beneficiários como por não beneficiários de plano de saúde” (DATAFOLHA; IESS, 2011) mostrou que 88% dos entrevistados que não possuíam planos consideravam *muito importante* ou *importante* possuir um plano ou seguro de saúde. A razão principal pela qual os não beneficiários de planos de saúde gostariam de estar cobertos por planos ou seguros de saúde, foi o fato de considerarem que “a saúde pública é precária, não queria depender do serviço público de saúde”, com 43% dos entrevistados, em resposta múltipla e espontânea. A 2ª razão pela qual os entrevistados gostariam de ter um plano de saúde, com 38%, foi “pela qualidade do atendimento dos planos de saúde” e como 3ª opção dos pesquisados, com 22%, “por segurança, para sentir-se tranquilo no caso de doença” (DATAFOLHA; IESS, 2011). Consolida-se cada vez mais a impressão de que os serviços públicos de saúde são precários e de difícil acesso e que a cobertura por um plano de saúde dará um melhor atendimento às necessidades em saúde.²⁵

Aprofunda-se ideologicamente no conjunto da população a noção de que sem a cobertura de um plano de saúde o cidadão estaria descoberto do atendimento a esses serviços, noção essa que é reforçada por matérias jornalísticas que destacam os limites do SUS (reais e existentes, cuja razão tem relação com o crescimento do capital privado e as ações do Estado no setor) contrastando com um atendimento de qualidade superior ofertado por planos e seguros. Essa noção é ampliada ainda mais com o marketing e as propagandas dos próprios planos e seguros que, visando conseguir novos usuários, apresentam a adesão a esse setor como garantia de excelentes serviços em saúde.

A utilização do termo “noção” é para designar um conhecimento rudimentar, imediato, um senso comum presente que é resultado da ideologia em concordância com a expansão do setor. Como nos mostra Marx (2007, p. 47)

As idéias da classe dominante são, em cada época, as idéias dominantes, isto é, a classe que é a força *material* dominante da sociedade é, ao mesmo tempo, sua força *espíritual* dominante. A classe que tem à sua disposição os meios de produção material dispõe também dos meios da produção

²⁵ Entre as constantes notícias sobre as limitações da saúde pública uma delas, veiculada no jornal “O Liberal”, de grande circulação na RMB, mostrava as dificuldades que um deputado federal do Pará, “que não tem plano de saúde privada”, enfrentou para ser atendido em um Pronto-Socorro municipal: “Chegou ao hospital por volta da 5h30 e saiu às 10 horas, foi atendido e medicado no corredor, como os demais pacientes [...]”. O mesmo deputado, ao retornar no dia posterior às 9 horas, por recomendação do médico que o atendeu, “[...] foi informado de que a consulta só poderia ser às 11h30, o que não aconteceu, e remarcada para 14 horas. Paciente, foi para casa, ligou três vezes, em vão, para não dar mais uma viagem à toa e decidiu retornar 15 minutos antes das 15 horas. Bem, a essa altura, o médico já tinha até ido embora, deixando cerca de 18 pacientes no corredor sem atendimento”. (O LIBERAL, 2011, p. 3). Dezenas de outros exemplos podem ser lidos na imprensa cotidianamente sobre os limites e dificuldades da utilização do SUS.

espiritual, de modo que a ela estão submetidos aproximadamente ao mesmo tempo os pensamentos daqueles aos que faltam os meios da produção espiritual. As idéias dominantes não são nada mais do que a expressão ideal das relações materiais dominantes apreendidas como idéias; portanto, são a expressão das relações que fazem uma classe a classe dominante, são as idéias de sua dominação.

Só uma prática social em oposição a esses interesses dominantes, prática essa que as próprias contradições do modo de produção capitalista se encarregam de reproduzir, pode “produzir” uma nova idéia da realidade. “[...] é a luta dos homens em todos os planos e em todos os níveis da atividade humana, que libertarão o pensamento cativo e lhe permitirão atingir seu pleno desenvolvimento.” (SARTRE, 1978, p. 115).

Além dos limites e entraves dos serviços públicos de saúde, a ampliação do mercado de trabalho e da renda são elementos que devem ser considerados importantes fatores no peso desse crescimento nos anos 2000 semelhante aos anos anteriores. Andreazzi (2002, p. 116) já destacava, em relação aos anos 90, que

[...] dois elementos parecem ter uma importância crucial nas probabilidades do indivíduo estar ou não coberto por seguros privados de saúde no Brasil, na década de 90, segundo pesquisas de base populacional oficiais: **sua posição no mercado de trabalho e sua renda. Essas características não explicam mas podem refletir padrões de reprodução social de classe.**

Essa afirmação é reforçada pelo fato de que a maioria dos usuários de planos de saúde o adquirem no local de trabalho, são integrantes de planos coletivos. Em dezembro de 2000, conforme dados do Sistema de Beneficiários da ANS (SIB/ANS) de um total de 30.705.334 beneficiários²⁶ de planos de assistência médica (excluindo os odontológicos), 5.575.052 eram de planos individuais ou familiares, 10.714.222 de planos coletivos e 14.416.060 não informados. Como nos dados de 2000, o número de usuários de planos que não tem o tipo de contratação informado é elevado, em função da resistência das operadoras de planos e seguros disponibilizarem informações à ANS nos anos iniciais de seu surgimento, essa informação ficou um pouco prejudicada. Mas nos anos posteriores se confirma a ampla maioria de usuários em planos coletivos. Em dezembro de 2005, de um total de 35.010.992 beneficiários de planos de assistência médica (excluindo os odontológicos), 8.594.633 (24,54%) eram de planos individuais ou familiares e 23.539.121 (67,23%) de planos coletivos, sendo 2.877.238 não informado. Em dezembro de 2010, de um total de 45.584.144 de beneficiários de planos de assistência médica (excluindo os odontológicos), 9.489.651 (20,82%) eram de planos individuais ou familiares e 34.667.653 (76,05%) de planos

²⁶ O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

coletivos, tendo ainda 1.426.840 beneficiários de planos não informados pelo tipo de contratação.

O fato de que a maioria dos usuários de planos e seguros de saúde são integrantes de planos coletivos patrocinados integralmente ou parcialmente pelos empregadores demonstra que sua adesão ao setor suplementar não se dá por uma opção pessoal, racional, baseada exclusivamente na renda familiar ou individual, indo de encontro ao que afirma Lígia Bahia²⁷. Diferente da abordagem dessa autora, mesmo sendo “*voz corrente*”, os dados demonstram que não é a escolha individual limitada à renda que define a expansão do mercado de saúde suplementar mas, fundamentalmente, os movimentos do capital no setor e a posição social, de classe, em que o usuário de planos de saúde está localizado. Em suma, são determinações sociais que explicam a expansão do mercado de planos de saúde e esse critério (renda familiar ou individual) isolado de outros é limitado para explicar o crescimento e a magnitude desse setor como um todo.

Quanto aos planos individuais ou familiares exclusivamente, a renda da família será um componente com peso maior para definir a participação no setor suplementar de serviços de saúde, como é possível verificar nos dados da PNAD-Saúde 2008, apresentados adiante.

Andreazzi (2002, p. 118) mostra que os “agentes econômicos produtores de bens e serviços, ou seja, a oferta, exercem um papel fundamental na estruturação e dinâmica do mercado”. Quanto à demanda, essa autora nos indica que

[...] é dependente da posição que o indivíduo ocupa dentro do sistema de produção, que limita as suas possibilidades de reprodução material, inclusive o próprio perfil de necessidades de saúde, expresso numa morbidade apresentada. As restrições orçamentárias não seriam um acidente de percurso do modelo da demanda, mas um dos fatores decisivos para a configuração das suas “preferências” (ANDREAZZI, 2002, p. 118).

Essas “preferências” individuais dos usuários de planos de saúde, mediadas pelas relações sociais em que estão inseridos, com seus efeitos políticos e culturais, são mais bem compreendidas utilizando-se o conceito de estratégias de vida ou de sobrevivência, que Andreazzi (2002) apresenta a partir de estudos de Breilh (1995 apud ANDREAZZI, 2002). Como expõe Andreazzi (2002, p. 119) “entenderia, além disso, esta abordagem, a ação humana como processo coletivo, mediado por uma consciência disputada pelas ideologias em choque. Estas, por sua vez, representam interesses materiais concretos.”

²⁷ Essa autora diz: “É voz corrente que o mercado de planos e seguros de saúde constitui-se a partir da escolha ou, em certos casos, do esforço de consumidores individuais. Em conseqüência, a variável que explica sua existência e tamanho é a renda familiar e individual” (BAHIA, 2008, p. 1388).

Outras influências do campo político-ideológico também exerceram seu peso na expansão do número de usuários de planos e seguros nos anos 1990 e 2000. Junto com o discurso da universalização do acesso à saúde, incutiu-se também a noção ideológica de que o serviço público em saúde deveria ser utilizado pelos mais pobres pois a utilização do mesmo pelos que tinham condições de arcar com gastos na esfera privada retiraria de quem mais necessita a possibilidade de utilização do SUS. Andreazzi (2002, p. 124-5) destaca que

[...] sob o discurso da universalização, há uma sub-reptícia forja, no campo das idéias, de uma representação hegemônica: a utilização do sistema público pelas categorias de maior renda “tira o lugar dos mais pobres”. O que poderia ser considerado como o cimento ideológico da focalização e da consolidação do sistema segmentado.

O aumento dos custos com os serviços médicos principalmente a partir dos anos 1950, como demonstrado no capítulo anterior, em conjunto com a existência no Brasil de um mercado para o consumo desses serviços, exerce também influência na conformação e ampliação de planos e seguros de saúde, ou seja, na ampliação dessa forma específica de venda de serviços de saúde pelas empresas médicas e pelas seguradoras. A opção por uma modalidade de seguro saúde daria aos usuários uma sensação maior de tranquilidade, haja vista o aumento substancial no valor dos serviços em saúde.

Uma outra razão que influenciou a expansão dos planos e seguros nos anos 2000 foi a manutenção de várias formas de subsídio estatal ao setor suplementar de serviços saúde, o que em tese poderia ser considerado contraditório com a implementação do SUS. Aprofundando a análise sobre a relação entre seguro saúde e o sistema público de saúde, Santos, Ugá e Porto (2008, p. 1432) apresentam, com base em marco conceitual desenvolvido pela Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico (OCDE) quatro formas de inserção do seguro saúde no sistema de saúde:

1) a *suplementar*, em que o seguro privado comercializa planos de saúde que oferecem serviços já cobertos universalmente pelo sistema público. Neste caso haveria cobertura duplicada o que não impede ao seguro privado oferecer benefícios extras como hotelaria especial ou procedimentos não cobertos pela sistema público (cirurgias estéticas, por exemplo). Essa modalidade está presente no Reino Unido, Irlanda, Espanha, Portugal, Itália, Grécia, Finlândia, por exemplo.

2) o *substitutivo*, em que o usuário deve optar pelo sistema público ou pelo seguro privado. É o caso presente na Alemanha, Holanda, Bélgica, Chile.

3) o *complementar*, quando os usuários o adquirem para complementar acesso a serviços não cobertos, ou cobertos parcialmente, pelo sistema público. É o caso da França, por exemplo.

4) o *primário*, quando o seguro privado é o elemento predominante no sistema de saúde. É o caso dos EUA.

No Brasil, o caráter *suplementar* do seguro saúde em relação ao sistema nacional de saúde, constituído pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de acesso universal e integral, gera uma série de efeitos de duplicação na cobertura dos serviços. Nos estudos realizados por Santos, Ugá e Porto (2008, p. 1433), evidencia-se que

[...] por um lado, os detentores de esquemas privados de asseguramento continuam utilizando serviços públicos e que, por outro, o seguro privado tem frequentemente adicionado gasto à despesa total em saúde (e não substituído o financiamento público). Além disso, esse segmento econômico vem recebendo, em grande parte dos países, subsídios referentes à dedução dos gastos em seguros de saúde no imposto de renda devido, como acontece também no nosso país.

Destacam-se entre esses subsídios estatais, entre outros²⁸, os incentivos fiscais às instituições filantrópicas²⁹ que são prestadoras ou operadoras de planos de saúde, isentas de tributos federais, estaduais e municipais (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008, p. 1437). Além disso há a renúncia fiscal referente às deduções no imposto de renda das pessoas físicas relativa a gastos com serviços e planos de saúde. Para complementar, o ressarcimento ao SUS por serviços prestados a pessoas usuárias de planos ou seguros de saúde, como definido pela Lei Nº 9656/98 (Artigo 32), não consegue recuperar o que efetivamente é coberto pelo Sistema Único de Saúde. “Processos longos, recursos à justiça por motivos diversos (...) fazem com que esse ressarcimento seja muito pouco expressivo” (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008, p. 1438).

Uma outra forma de subsídio estatal ao setor suplementar de saúde se dá através do financiamento de planos de saúde aos servidores federais e aos planos de trabalhadores de empresas estatais. Somando-se aos gastos públicos com internações de usuários de planos e gastos tributários (isenções fiscais) de pessoas físicas e jurídicas, Bahia (2008, p. 1390) afirma que “aproximadamente 20% dos gastos com o financiamento dos planos e seguros de saúde

²⁸ Como exemplo o Programa BNDES Saúde – Desenvolvimento Institucional, com o objetivo de apoiar a melhoria da infraestrutura de instituições de saúde financiando obras civis, máquinas e equipamentos (inclusive importados), pesquisa, treinamento e capital de giro (BNDES, 2010).

²⁹ Instituições filantrópicas são entidades beneficentes de assistência social (Lei Nº 8.742 de 08/12/1993) e/ou de educação e/ou saúde sem fins lucrativos (Lei Nº 9.718 de 27/11/1998) que cumprem com as exigências da Resolução CNAS 32/99.

provém de fontes públicas”. E complementa: “O destino de uma parte considerável das inversões dos recursos públicos envolvidos com os planos e seguros de saúde é inequivocamente a remuneração de prestadores privados de serviços de saúde.” (BAHIA, 2008, p. 1390-1).

Não bastassem os subsídios relatados as operadoras de planos de saúde não pagam as multas aplicadas pela ANS. Conforme matéria do jornal Folha de São Paulo, de 17 de agosto de 2010, os planos de saúde pagam apenas 2% das multas aplicadas. Entre 2005 e 2009, a matéria diz que os planos de saúde receberam R\$ 773 milhões em multas da ANS e só pagaram efetivamente R\$ 15 milhões. Grande parte das multas foram perdoadas pela própria ANS (90% do total, conforme a matéria).

Estes fatores em conjunto, analisados em suas múltiplas interferências, podem ajudar a explicar o fato de que em 2000, haviam 33,5 milhões de usuários de planos e em 2010 serão 60 milhões em todo o Brasil, sem levar em conta os usuários de planos com subsídio estatal direto, como é o caso dos planos de servidores públicos estaduais, municipais ou de categorias específicas como os militares. É possível afirmar que aproximadamente 30% da população brasileira é atualmente usuária de planos ou seguros de saúde, em suas várias modalidades. Conforme dados da ANS (2011), a receita das operadoras de planos e seguros de saúde no Brasil saltou de 22,3 bilhões de reais em 2001 para 74,5 bilhões em 2010 (crescimento de 235%). As despesas com assistência médica se elevaram de 17,6 bilhões em 2001 para 60 bilhões em 2010 (aumento de 241%) e as despesas administrativas cresceram de 3,8 bilhões de reais em 2001 para 11,8 em 2010 (elevação de 211%).

É possível concluir, como hipóteses para um aprofundamento da pesquisa, que o impressionante crescimento do setor suplementar de serviços em saúde (planos e seguros de saúde) nos anos 2000, tanto no número de usuários como nas receitas e despesas, teve como fatores³⁰ com peso importante (a ordem não significa a importância relativa desses fatores):

1) a existência de capital com possibilidade de aplicação no setor de serviços de saúde (supercapitalização como resultado da crise/excesso de capital dos anos 1970);

2) condições jurídico-políticas adequadas, principalmente após a contrarreforma do Estado consolidada nos anos 1990, para a valorização desse capital. Nova forma de inserção e subsídios do Estado ao setor suplementar, mantendo os estímulos à valorização dos capitais aí aplicados;

³⁰ Esses fatores, apresentados resumidamente, estão mais desenvolvidos nas Considerações Finais.

3) o momento de expansão capitalista mundial e a melhor adaptação e integração nos anos 2000 (em comparação com os anos 1980 e 1990) da formação econômico-social brasileira à nova divisão internacional do trabalho, com as consequentes transformações no mercado de trabalho e na renda;

4) a existência de capital acumulado no setor suplementar de saúde, em razão das políticas previdenciárias e estatais nas décadas passadas;

5) a conformação específica dos serviços públicos em saúde e do SUS, com todos os limitantes à sua efetiva implementação;

6) a existência de um mercado desses serviços, razoavelmente desenvolvido;

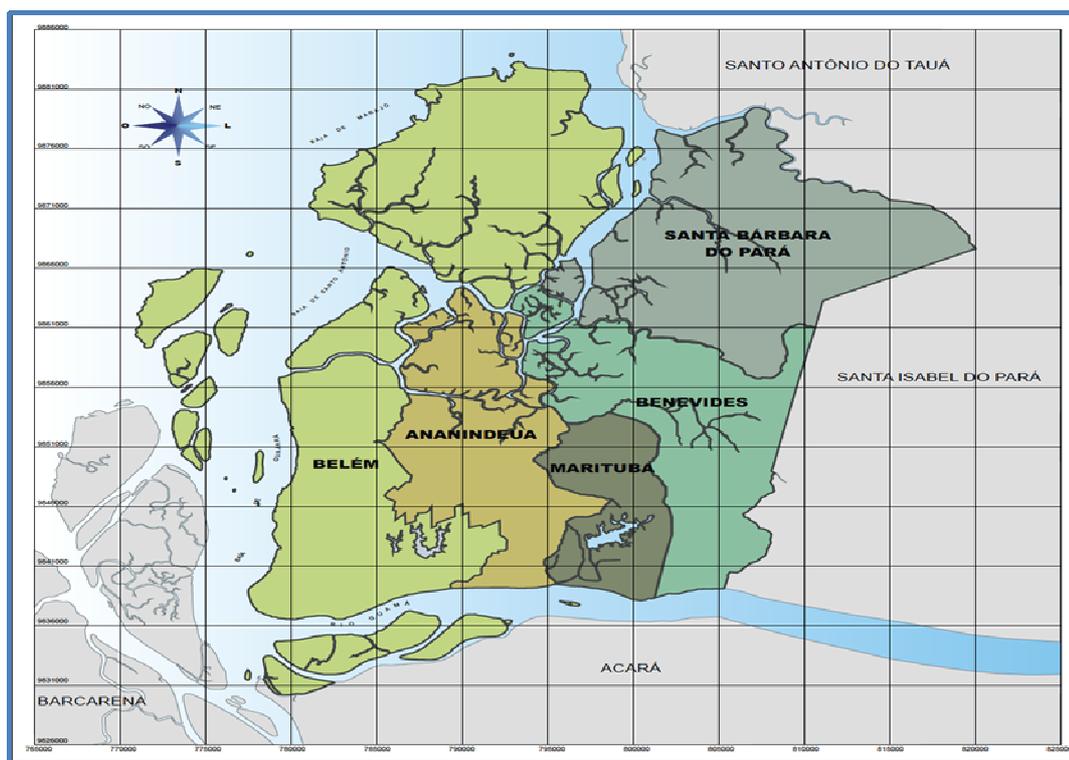
7) a consolidação ideológica estabelecida de que o serviço de saúde do setor suplementar é superior em qualidade e facilidade de acesso do que o oferecido pelo SUS.

4.2 A REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM.

A Região Metropolitana de Belém (RMB) foi instituída pelo Governo Federal em 1973, composta inicialmente pelos municípios de Belém e Ananindeua. Em 1995, o Governo do Estado do Pará incluiu os municípios de Marituba e Benevides, município este que foi desmembrado em 1996 com a criação do município de Santa Bárbara do Pará. No período em que a pesquisa abarca (anos 2000), a Região Metropolitana de Belém estava composta por cinco municípios: Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides e Santa Bárbara do Pará, com uma área total de 1.827,7 km². O município de Santa Izabel, integrado à Região Metropolitana de Belém a partir de abril de 2010³¹, não entrou nessa análise.

Planos de saúde ainda são um fenômeno eminentemente urbano, de grandes concentrações populacionais e o estudo em regiões metropolitanas possibilita um acompanhamento melhor de suas características, sua dinâmica e sua evolução. No caso da RMB, como concentra mais de 70% dos usuários de planos de saúde do estado do Pará, a análise da região permite uma compreensão mais aprofundada da expansão do setor. O Mapa 1 apresenta a RMB no período em que a pesquisa abordou (anos 2000) e a Tabela 3, a seguir, apresenta a população residente nos municípios da região metropolitana em 2000 e 2010 conforme o censo do IBGE (2010).

³¹ Nesse trabalho levou-se em consideração a Região Metropolitana de Belém instituída oficialmente no período que a pesquisa abrangeu, principalmente em função de dados que são disponibilizados com essa configuração. No entanto, no desenvolvimento posterior da pesquisa deve-se levantar as informações da Região Metropolitana de Belém de fato o que incluiria no mínimo os municípios de Barcarena e Castanhal. Possibilitaria uma melhor compreensão dos fenômenos relacionados à metrópole independente de sua constituição legal.

Mapa 1 - Região Metropolitana de Belém

Escala: 1:250.000

Fonte: Secretaria Municipal de Coordenação Geral do Planejamento e Gestão – SEGEP.
Prefeitura Municipal de Belém**Tabela 3 - Evolução da população residente na Região Metropolitana de Belém.**

Município	Censo 2000	Censo 2010	Taxa de crescimento
Belém	1.280.614	1.351.618	5,54%
Ananindeua	393.569	456.316	15,94%
Marituba	74.429	108.223	45,40%
Benevides	35.546	51.104	43,77%
Sta. Barbara	11.378	17.031	49,69%
RMB	1.795.536	1.984.292	10,51%
Brasil	169.799.170	185.712.713	9,37%

Fonte: Censos de 2000 e 2010, IBGE. Dados publicados no Diário Oficial da União de 04/11/2010.

A Região Metropolitana de Belém sofreu os impactos, principalmente nas últimas décadas, do fato de que o desenvolvimento econômico brasileiro e regional esteve voltado cada vez mais para a integração dominada da formação econômico-social brasileira com a nova divisão internacional do trabalho. Cresceram principalmente as regiões que, de uma forma ou de outra, estavam integradas à nova lógica que predomina principalmente a partir dos anos 90: produzir algo que é demandado mundialmente. Nesse sentido, acabaram sendo

privilegiadas no Pará (com os *grandes projetos*) as regiões produtoras de commodities (minérios, pecuária, soja, principalmente) com maciços investimentos, inclusive na infraestrutura (energia, portos, estradas), para intensificar a produção desses bens demandados no mercado mundial, conforme relatado no Capítulo 2.

Essa especificidade do crescimento da RMB é verificado em trabalho de Trindade Júnior (2006) sobre a relação entre os grandes projetos, urbanização e metropolização na Amazônia. Afirma esse autor que

Diferentemente da Amazônia Ocidental, a Amazônia Oriental cresce mais que sua metrópole (Belém), devido ao dinamismo econômico imprimido a outras frações do espaço regional nos últimos anos, onde são implantados projetos, em especial os grandes empreendimentos, que necessitam de espaços urbanos relativamente bem estruturados para o seu funcionamento (TRINDADE JÚNIOR, 2006, p. 183).

Mesmo assim, a RMB acaba *beneficiando-se* indiretamente, mesmo que de forma limitada, desse desenvolvimento regional integrado e determinado pela economia mundial, principalmente como importante entreposto para as regiões no interior do Estado com maior índice relativo de industrialização, onde se concentram a produção mínero-metalúrgica e a agropecuária. Além disso, o fato de que na RMB estão as sedes do Governo Estadual, da Assembléia Legislativa e do sistema judiciário influem na dinâmica da metrópole, com efeitos econômicos indiretos resultantes do maior crescimento da produção no estado.

Esse fato é identificado pelo Observatório das Metrôpoles, grupo que reúne instituições e pesquisadores dos campos universitário, governamental e não-governamental, incluindo o Núcleo de Altos Estudos Amazônicos (NAEA) da Universidade Federal do Pará (UFPA), que vem trabalhando de forma sistemática e articulada “sobre os desafios metropolitanos colocados ao desenvolvimento nacional” (LIMA; MOYSÉS, 2009, p. 3). No volume nº 11 de sua publicação *Conjuntura Urbana*, intitulado *Como andam Belém e Goiânia*, os autores mostram que “no final dos anos 90, a economia da RMB limitava-se quase inteiramente às atividades do setor terciário, decorrentes do aparato administrativo estatal localizado na cidade e dos escritórios de negócios.” (LIMA; MOYSÉS, 2009, p. 4).

Para o Observatório das Metrôpoles, a RMB vem perdendo importância, relativamente, na região amazônica.

Em que pese a região [a RMB] ser marcada por concentração de atividades econômicas de importância regional e funções públicas, irradiadoras de fluxos e intercâmbios com toda a região amazônica, as transformações na economia – que não mais depende de uma única base urbana, têm causado modificações na rede de cidades, e causado alterações na supremacia regional de Belém. (LIMA; MOYSÉS, 2009, p. 4).

O fato de que os investimentos econômicos não se concentrem na RMB não “pressupõe desconsiderar a importância do espaço metropolitano para os processos dinamizadores da economia regional, mas de uma redefinição dessa mesma importância.” (TRINDADE JÚNIOR, 2006, p. 184).

Seu novo papel será, como Trindade Júnior. (2006, p. 187) demonstra

[...] o de centro urbano relacional - para usarmos um termo adotado por Santos - da região na qual está inserido, ou seja, o “centro que promove a coleta das informações, as armazena, classifica, manipula e utiliza a serviço dos atores hegemônicos da economia, da sociedade, da cultura e da política” (Santos, 1993, p.124). E mais do que isso, torna-se o destino final de grande parte da mão-de-obra móvel e polivalente que se desloca no espaço regional, principalmente após a chamada falência da política de desenvolvimento regional estabelecida em décadas anteriores.

A RMB tem no setor serviços, principalmente no comércio, e em atividades de construção civil, um peso importante em sua economia local. No caso da Região Metropolitana de Manaus, o desenvolvimento baseou-se em uma indústria já instalada e integrada mundialmente, fundamentalmente montadora de bens de consumo, em razão de vantagens fiscais específicas já estabelecidas, o que não aconteceu na RMB, como também demonstra Trindade Júnior. (2006, p. 182).

Belém não sofreu o estímulo de crescimento a partir do setor industrial de montagem, a exemplo do que se verificou em Manaus. Seu perfil é de uma cidade situada entre as que apresentam uma natureza metropolitana, com destaque para as atividades comerciais e de serviços. As indústrias nela instaladas - com um número relativamente pequeno - voltaram-se para o beneficiamento de matérias-primas da própria região, com destaque, entretanto, para a chamada indústria da construção civil, que se proliferou, a exemplo de outras grandes cidades brasileiras.

Demonstrando o afirmado acima, o trabalho citado do Observatório das Metrôpoles apresentou uma tabela com a “Participação Relativa de Cada Categoria na Composição dos Tipos Socioocupacionais (2000)” para a Região Metropolitana de Belém. Conforme os dados apresentados, as principais categorias ocupacionais da RMB, ou seja as categorias com a maior participação relativa entre os *ocupados*, são os *Trabalhadores do Comércio*, com 13,13%; seguida dos *Trabalhadores Domésticos*, com 10,74%; dos *Prestadores de Serviços Especializados* com 10,51%; dos *Operários da Construção Civil* com 8,03% e dos *Biscateiros* com 6% (LIMA; MOYSÉS, 2009, p. 17).

Esse mesmo trabalho mostra ainda que o peso da economia informal deve ser relevante já que “o número de pessoas não-ocupadas, segundo dados do IBGE apresenta-se

por volta de 65 % em Belém e em Ananindeua enquanto nos demais municípios [da RMB] aumenta para 71 % da população total” (LIMA; MOYSÉS, 2009, p. 7). O fenômeno da expansão da economia informal e do desemprego não é exclusivo da RMB tratando-se de característica atual tanto da formação brasileira como da maioria dos países dominantes no mundo como demonstra o *Relatório Sobre o Trabalho no Mundo 2011: Os mercados a serviço do emprego* da Organização Internacional do Trabalho (2011), que mostra que a maioria das economias avançadas e algumas economias emergentes estão passando novamente por um momento de desaceleração do emprego, em meio a um cenário onde o desemprego mundial já registra um recorde, afetando mais de 200 milhões de pessoas.

A análise do Produto Interno Bruto (PIB) dos municípios da RMB na década passada possibilita aproximar-se mais ainda das características do desenvolvimento da metrópole. O PIB da RMB evoluiu conforme a Tabela 4 demonstra.

**Tabela 4 - Evolução do Produto Interno Bruto – PIB, a preços correntes (mil reais).
Valores agregados para a RMB.**

Ano	RMB	Variação	Brasil	Variação
1999	8.125.055		1.064.999.712	
2000	9.558.046	17,64%	1.179.482.000	10,75%
2001	10.558.204	10,46%	1.302.135.029	10,40%
2002	11.948.712	13,17%	1.477.821.769	13,49%
2003	13.743.556	15,02%	1.699.947.694	15,03%
2004	16.469.636	19,84%	1.941.498.358	14,21%
2005	17.846.914	8,36%	2.147.239.292	10,60%
2006	20.395.308	14,28%	2.369.483.546	10,35%
2007	22.592.114	10,77%	2.661.344.525	12,32%
2008	24.836.871	9,94%	3.031.864.490	13,92%

Fonte: IBGE – PIB dos Municípios, em parceria com Secretarias Estaduais de Governo.

O PIB da RMB em relação ao PIB brasileiro aumentou muito pouco durante a década. Representando 0,76% do PIB brasileiro em 1999, chega a 0,86% em 2006 recuando para 0,82% em 2008. As características do PIB da RMB ficam melhor apresentadas quando os dados são distribuídos por subsetores de atividade econômica (agropecuária, indústria, serviços) conforme a metodologia de levantamento dos dados pelo IBGE – PIB dos Municípios (2004). A Tabela 5 mostra a evolução e a distribuição, ou o peso relativo de cada subsetor, no período de 2005 a 2008.

Tabela 5 - Evolução e distribuição do PIB da RMB por subsetor de atividade econômica (agropecuária, indústria, serviços e impostos)

Ano	Agropecuária	Indústria	Serviços	Impostos
1999	0,81%	23,80%	64,50%	10,88%
2000	0,69%	23,20%	63,74%	12,41%
2001	0,78%	24,10%	61,32%	13,79%
2002	0,82%	24,50%	59,94%	14,71%
2003	0,91%	26,30%	58,28%	14,54%
2004	0,66%	25,90%	60,17%	13,23%
2005	0,75%	24,60%	59,88%	14,80%
2006	0,86%	24,90%	59,02%	15,20%
2007	0,75%	22,60%	61,71%	14,93%
2008	0,66%	22,10%	61,81%	15,39%

Fonte: Elaboração do autor a partir de dados do IBGE – SIDRA (Sistema IBGE de Recuperação Automática) – PIB por Municípios. Consulta ao site do IBGE em 07/11/2011.

Na Tabela 5 destaca-se o peso relativo do subsetor *serviços* em relação ao PIB total e em comparação com o subsetor *indústria*. O subsetor *agropecuária* é bem pouco expressivo e o que realmente cresceu foram os *impostos*. Verifica-se que a Região Metropolitana de Belém sofreu também os efeitos do processo de *desindustrialização relativa* que o país viveu nas últimas décadas, com o agravante de que já não era uma região com forte concentração industrial. Mais correto seria dizer que a RMB sequer se *industrializou* nos moldes de Manaus ou Fortaleza, por exemplo. Uma maior concentração industrial em determinada região gera efeitos econômicos anteriores (fornecimento de insumos, matéria prima, infraestrutura etc.) e posteriores (comércio, serviços etc.) além das alterações no mercado de força de trabalho. Como comparação, o subsetor serviços no PIB do Brasil inteiro (e não das regiões metropolitanas) no mesmo período, nunca ultrapassou 60%, estando nos últimos anos entre 55% e 57%. O da RMB foi em média mais de 61% na década passada.

Para esclarecer o conteúdo dos subsetores, conforme metodologia do IBGE (2004), o subsetor *indústria* é composto das atividades relacionadas à indústria extrativa mineral, de transformação, construção civil e serviços industriais de utilidade pública (eletricidade, gás e água). Já o subsetor *serviços* está composto por comércio, alojamento e alimentação; transportes; comunicações; serviços financeiros; atividades imobiliárias e serviços prestados à empresas; administração pública e demais serviços (onde estão incluídos saúde e educação, entre outros).

Essa distribuição da produção na RMB, com peso relativo menor do subsetor *indústria* e peso elevado do subsetor *serviços* impacta o perfil que assume o mercado de saúde suplementar como será apresentado mais adiante.

Os dados da renda per capita da RMB demonstram esse desenvolvimento econômico limitado da região. Mesmo sabendo que esse indicador deve ser relativizado, já que não demonstra a origem, a forma e nem o grau de concentração de renda de uma região, quando seus valores são baixos sinalizam problemas nessas economias. A renda per capita (em R\$) de 2007 na RMB foi de R\$35.095, a penúltima entre as 12 Regiões de Integração (RI) do Pará, superando apenas a RI do Tapajós (R\$22.042), conforme dados do *Atlas de Integração Regional do Estado do Pará* (PARÁ, 2010, p.78). Para se ter uma idéia da disparidade a RI Araguaia apresenta renda per capita de R\$107.627 e a de Carajás R\$105.169 (PARÁ, 2010, p. 78).

No prosseguimento do presente trabalho o mercado de serviços em saúde suplementar será analisado a partir de quatro dimensões: 1) os usuários de planos de saúde na RMB; 2) a conformação específica dos planos de saúde na RMB; 3) as operadoras de planos de saúde na RMB e 4) os médicos e os planos de saúde na RMB. A intenção é relacionar os conceitos apresentados nos capítulos anteriores às informações do mercado de serviços em saúde suplementar na RMB buscando revelar as características principais desse mercado, compreender as razões de sua expansão e apontar as tendências de seu desenvolvimento.

4.3 OS USUÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM.

Priorizou-se, nesse trabalho, os dados públicos apresentados pela Agência Nacional de Saúde – ANS, com base nos sistemas de informação sobre beneficiários, planos e operadoras comparados e complementados com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), principalmente através dos microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) via Suplemento Acesso e Utilização dos Serviços, Condições de Saúde e Fatores de Risco e Proteção à Saúde (PNAD-Saúde) dos anos de 1998, 2003 e 2008, da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2002/2003 e 2008/2009, assim como da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) de 1999, 2002, 2005 e 2009 (IBGE, 2010a, 2010b, 2010c).

Entre os conceitos específicos que o trabalho utiliza, o termo “operadora” ou OPS é o mais usualmente empregado no setor, tanto por constar da legislação como dos documentos e materiais da ANS, e designa toda e qualquer pessoa jurídica de direito privado que seja responsável pela administração de planos e seguros de saúde. A atuação da ANS não incide sobre instituições de saúde voltadas exclusivamente para servidores municipais ou estaduais,

ou das Forças Armadas. A ANS define oito modalidades de operadoras: administradoras, cooperativas médicas, cooperativas odontológicas, instituições filantrópicas, autogestões (patrocinadas e não patrocinadas), seguradoras especializadas em saúde, medicina de grupo e odontologia de grupo.

Em julho de 2011, com registro ativo na ANS, existiam 1.620 operadoras de planos e seguros de saúde, distribuídas conforme Tabela 6.

Tabela 6- Operadoras segundo a modalidade com registro ativo na ANS – Julho de 2011

Modalidade da Operadora	Operadoras com registro ativo
Autogestão	238
Cooperativa médica	333
Filantropia	93
Medicina de grupo	443
Seguradora especializada em saúde	13
Cooperativa odontológica	127
Odontologia de grupo	303
Administradora de benefícios	70
TOTAL	1.620

Fonte: Cadastro de Operadoras CADOP/ANS/MS – 07/2011 e Sistema de Informação de Beneficiários – SIB/ANS/MS – 07/2011 (ANS, 2011).

As operadoras distribuídas por modalidade, baseadas em seu estatuto jurídico, conforme Bahia e Scheffer (2010), podem ser assim conceituadas:

a) Autogestão: entidades sem fins lucrativos, destinadas a empregados ativos ou aposentados, pensionistas, seus dependentes, além de participantes de empresas, associações, sindicatos etc., que operam serviços de assistência à saúde destinados exclusivamente aos seus membros e dependentes, em rede própria ou de terceiros, podendo ser patrocinadas totalmente, parcialmente ou não patrocinadas pelo empregador.

b) Cooperativas (médicas ou odontológicas): baseadas no princípio do cooperativismo, inicialmente sem fins lucrativos, em que os médicos exercem simultaneamente o papel de sócios e de prestadores de serviços, recebendo pagamento tanto por sua produção individual como mediante a divisão do lucro obtido pela cooperativa. Surgiram em contraposição às empresas de medicina de grupo mas “hoje visam o lucro, disputam a mesma clientela e lançam mão de práticas comerciais e assistenciais semelhantes” (BAHIA; SCHEFFER, 2010, p. 82). O principal exemplo são as UNIMEDs.

c) Filantrópicas: planos de saúde comercializados por entidades filantrópicas, sem fins lucrativos. Geralmente os planos de saúde das Santas Casas. Sua certificação de

filantropia é dada pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e necessitam de declaração de utilidade pública federal, concedida pelo Ministério da Justiça e declarações de utilidade pública dos estados e municípios.

d) Medicina ou odontologia de grupo: todas as empresas ou entidades, privadas e lucrativas, que operam planos privados de assistência à saúde e que não se enquadram nas demais modalidades.

e) Seguradora especializada em saúde: sociedades seguradoras, lucrativas, nacionais ou internacionais, constituídas a partir de capital nacional e/ou estrangeiro, vinculadas ou não a bancos. Em tese, não deveriam prestar os serviços e sim dar cobertura às despesas com assistência médico-hospitalar conforme as apólices. Na prática, “mantém rede credenciada e atuam de forma semelhante à medicina de grupo e às cooperativas” (BAHIA; SCHEFFER, 2010, p. 84).

f) Administradoras de benefícios: empresas que apenas gerenciam planos ou serviços de assistência à saúde, contratadas ou financiadas por outras operadoras, sem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares.

Além dessas existem outras modalidades de prestação suplementar de serviços de saúde como as assistências destinadas a servidores públicos civis e militares, administrados por instituições governamentais, não alcançados pela legislação que regulamenta os planos e seguros de saúde no Brasil.

Os planos de saúde quanto a *forma de contratação* podem ser individuais ou familiares, coletivos com ou sem patrocinador. Quanto à *data de assinatura* podem ser novos (após 01/01/1999, data da vigência da Lei Nº 9656/98), antigos (anteriores a 31/12/1998 e que não podem mais ser comercializados) ou adaptados (contratos antigos adaptados posteriormente à Lei). Quanto ao *tipo de cobertura assistencial* que os planos devem oferecer aos beneficiários podem ser ambulatoriais, hospitalares, hospitalares com obstetrícia ou odontológicos. A lei não impede a comercialização de planos com coberturas extras para procedimentos não obrigatórios como cirurgias estéticas. Quanto à *cobertura geográfica*, que deve constar do contrato, os planos podem ter abrangência municipal, de um conjunto de municípios, estadual, de um conjunto de estados ou nacional. Além disso, os planos se diferenciam pela *rede de serviços* que oferecem.

Em consulta ao site da ANS existem no país, com relação a junho de 2011, 58.770 planos de saúde registrados ou cadastrados na Agência, dos quais 23.682 são individuais ou familiares, 22.940 coletivos empresariais, 11.856 coletivos por adesão e 292 coletivos não

identificados. Do total desses planos, 28.498 são planos antigos (anteriores à Lei Nº 9656/98) e 30.272 planos novos (posteriores à Lei Nº 9656/98).

Nesse trabalho a população que utiliza o sistema suplementar de saúde será identificada pelos termos “usuário” ou “beneficiário”. Em que pese discordâncias quanto ao uso do termo “beneficiário” que pressupõe que haja algum “benefício” na utilização do sistema, o termo foi incluído por ser o mais utilizado nos documentos da agência reguladora e designa vínculos de pessoas a planos de saúde (havendo casos de mais de um vínculo por pessoa). Outros termos são utilizados na literatura específica tais como “consumidores” ou “clientes” todos com vantagens e limitações na sua aplicação.

4.3.1 Número de usuários de planos e seguros de saúde na Região Metropolitana de Belém.

As principais fontes utilizadas no trabalho para os dados sobre usuários de planos e seguros de saúde na RMB foram o banco de dados das ANS e os levantamentos do IBGE - PNAD-Saúde (1998, 2003 e 2008). Essas fontes possibilitam uma aproximação maior do perfil quantitativo e qualitativo dos usuários de planos e seguros de saúde nessa região. A opção do trabalho foi partir, em primeiro lugar, de dados mais gerais sobre o número desses usuários e ir detalhando esses dados com as informações sobre como contratam esse serviço, a modalidade dos planos contratados, o tipo e a abrangência, a cobertura, se utilizaram os planos no período anterior, a relação entre o rendimento e o acesso aos serviços de saúde.

De acordo com Albuquerque et al (2008, p. 1422), baseados em dados da PNAD/IBGE de 2003 para o Brasil, nos planos privados (oferecidos por pessoas jurídicas de direito privado) estão 79,2% dos usuários de planos, e nos planos vinculados à instituição patronal de assistência ao servidor público civil e militar (não regulados pela ANS) estão os outros 20,8% dos usuários. Acerca da possibilidade de mais de um vínculo a planos de saúde pelo mesmo usuário, esses autores, com base na mesma fonte (PNAD/IBGE de 2003), afirmam que 4% do total de usuários possuíam mais de um plano de saúde.

Em 2008, conforme os dados da PNAD-Saúde (IBGE, 2010, p. 78), do total de usuários de planos de saúde no Brasil (49.187.000), 77,46% eram de planos privados (38.099.000) e 22,54% de planos de assistência a servidor público (11.088.000).

A Tabela 7, com dados da ANS, relaciona o número de usuários (beneficiários) de planos e seguros de saúde na RMB e no Brasil, no período de 2000 a 2010. É importante salientar que, nos dados da ANS não estão incluídos os usuários de planos patrocinados por

instituições públicas como é o caso do Plano de Assistência ao Servidor (PAS) ligado ao Instituto de Assistência dos Servidores do Estado do Pará³² (IASPE), o Instituto de Previdência e Assistência do Município de Belém³³ (IPAMB) e os planos ligados às forças armadas. Além disso, os dados da ANS, diferente dos da PNAD-Saúde, levam em conta os vínculos aos planos, podendo haver mais de um vínculo para a mesma pessoa (por exemplo, o usuário possuir um plano de assistência médica e um odontológico).

Tabela 7 - Número de beneficiários no Brasil e na Região Metropolitana de Belém (RMB), no período entre dezembro de 2000 e dezembro de 2010.

Competência	Total Brasil	Média anual de crescimento: 6,05%	Total RMB	Média anual de crescimento: 10,29%
		Taxa por ano		Taxa por ano
dez.00	33.466.942	-	252.263	-
dez.01	34.366.725	2,69%	266.148	5,50%
dez.02	34.893.955	1,53%	373.243	40,24%
dez.03	36.218.571	3,80%	457.113	22,47%
dez.04	39.130.203	8,04%	503.334	10,11%
dez.05	41.144.135	5,15%	460.277	-8,55%
dez.06	44.105.279	7,20%	498.704	8,35%
dez.07	47.378.717	7,42%	537.359	7,75%
dez.08	50.820.245	7,26%	571.305	6,32%
dez.09	54.496.490	7,23%	605.523	5,99%
dez.10	60.061.734	10,21%	634.323	4,76%
Crescimento 2010/2000		79,47%	-	151,45%

Fonte: Elaborada pelo autor a partir de dados do Sistema de Informação de Beneficiários – SIB/ANS/MS 07/2011 (ANS, 2011). Consulta ao site da ANS em out/2011.

Nota: O termo “beneficiário” refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

A Tabela 7 demonstra como o crescimento no número de usuários de planos e seguros de saúde na RMB foi superior à média do Brasil, apontando uma tendência verificada na pesquisa e apresentada mais a frente. Enquanto na RMB o crescimento no número de usuários entre 2000 e 2010 foi de 151,45% (média de 10,29% ao ano), no Brasil essa variação atingiu 79,47% (6,05% ao ano em média) no mesmo período. Do total de 634.323 usuários de planos de saúde na RMB em dezembro de 2010, 498.284 são usuários de planos e seguros

³² Autarquia vinculada à Secretaria de Estado de Administração (SEAD), foi instituído pelo Decreto-Lei nº 183, de 24 de março de 1970, modificado pela Lei nº 6.527, de 23 de janeiro de 2003, e reestruturado pela Lei nº 6.571, de 8 de agosto de 2003, e alterado pela Lei nº 7.290 de 24 de julho de 2009, que tem por finalidade garantir a assistência à saúde e social aos servidores públicos estaduais e seus dependentes.

³³ O IPAMB, autarquia municipal criada pela Lei nº 7.984 de 30/12/1999 é o órgão responsável pelo Sistema de Seguridade Social dos servidores municipais e tem por finalidade oferecer benefícios previdenciários, da assistência social e assistência à saúde.

com cobertura para assistência médica, e 136.039 são usuários de planos e seguros exclusivamente para cobertura odontológica.

Para complementar as informações sobre usuários de planos e seguros de saúde na RMB utilizou-se os dados do IBGE, na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Acesso e Utilização de Serviços de Saúde, a PNAD-Saúde. Essa pesquisa específica sobre saúde no Brasil, como suplemento da PNAD, foi feita em 1998, em 2003 e em 2008 possibilitando comparações e acompanhamento da evolução, já que a metodologia se manteve fundamentalmente sem alterações. Entre os objetivos expressos da pesquisa está o de “produzir dados de base populacional sobre o acesso aos serviços de saúde do País” e o de “conhecer a cobertura de grupos populacionais por diferentes modalidades de planos de seguro de saúde, dimensionando a população segurada” (IBGE, 2010a, p. 21). As informações sobre saúde suplementar foram inseridas na PNAD a partir da pesquisa de 1998.

Os dados das PNAD-Saúde (2003 e 2008), mesmo sendo diferentes dos da ANS em função, provavelmente, da população considerada como usuários de planos e seguros de saúde (a PNAD inclui os usuários de planos com financiamento dos governos ou das forças armadas), também apresentam crescimento no número de usuários na RMB. A Tabela 8 apresenta esses dados:

Tabela 8 - População residente por cobertura de planos de saúde.

Brasil e RMB	Cobertura de Plano Saúde	Pop. residente (1000 pes.)		Pop. residente (%)	
		2003	2008	2003	2008
Brasil	Total	175.954	189.953	100	100
	Não cobertos	132.903	140.766	75,53	74,11
	Cobertos	43.035	49.187	24,46	25,89
	Cobertos - titulares	19.096	23.487	10,85	12,36
	Cobertos - dependentes	23.939	25.700	13,61	13,53
	Sem declaração	16	-	0,01	-
RMB	Total	1.882	2.090	100	100
	Não cobertos	1.345	1.462	71,46	69,97
	Cobertos	537	627	28,53	30,03
	Cobertos - titulares	248	323	13,16	15,46
	Cobertos - dependentes	289	304	15,37	14,56
	Sem declaração	0	-	0,01	-

Fonte: Elaborada pelo autor a partir de dados do IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde, 2003 e 2008. Consulta ao site do IBGE em 07/11/2011.

Incluindo os dados da PNAD-Saúde de 1998 para população residente coberta por plano de saúde na RMB, a Tabela 9 demonstra mais claramente a evolução no número de usuários desses serviços em saúde.

Tabela 9 - População residente (1.000 pessoas) por cobertura de planos de saúde na RMB (1998, 2003 e 2008).

RMB	Cobertura de Planos de Saúde	1998	2003	2008	Varição 2008/1998
	Total	960	1.882	2.090	118%
	Não cobertos	659	1.345	1.462	122%
	Cobertos	301	537	627	108%
	Cobertos - titulares	137	248	323	136%
	Cobertos - dependentes	164	289	304	85%
	Sem declaração	0	0	-	-

Fonte: Elaborada pelo autor a partir de dados do IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde, 1998, 2003 e 2008. IBGE (1998) e consulta ao site do IBGE em 07/11/2011.

A evolução no número de usuários de planos se manteve estável em relação ao total da população residente na Região Metropolitana de Belém. Em 1998, pelos números da PNAD-Saúde, o número de residentes com planos de saúde era equivalente a 31,35% do total de residentes na RMB, em 2003 era 28,53% e em 2008, 30,03%. Assim, apesar da elevação no número de usuários de planos na RMB, não houve aumento proporcional ao total de residentes nos anos 2000. No entanto, esse número deve ser analisado com ressalvas já que o total de residentes na RMB em 1998 conforme a PNAD-Saúde (960.000) deve ter sido corrigido pelo censo 2000, em que a RMB já aparece com 1.795.000 residentes. Provavelmente, a população residente na RMB em 1998 já era maior que os números apresentados pela PNAD-Saúde daquele ano, o que poderia indicar uma menor quantidade relativa de residentes cobertos por planos/seguros de saúde.

Pelos dados da ANS, que não levam em conta os usuários de planos com financiamento direto dos governos e que contabiliza vínculos com planos e não usuários de planos (o que pode acarretar mais de um vínculo por usuário), em 2000 apenas 14% da população residente da Região Metropolitana de Belém possuía plano de saúde, enquanto que em 2010 já são 32% os usuários de planos em relação à população da RMB³⁴. Os anos que apresentaram crescimento mais significativo no número de usuários foram os anos de 2002, 2003 e 2004 (40,24%; 22,47% e 10,11% respectivamente). Entre 2003 e 2008, pelos dados da ANS, o número de usuários salta de 457 mil para 571 mil (crescimento de 24,95%). Pelos

³⁴ Conforme Tabela 7.

números da PNAD-Saúde, que incorporam usuários de planos com financiamento do governo, diferente dos dados da ANS, esse número se eleva de 537 mil em 2003 para 627 mil em 2008 (crescimento de 16,76%).

Apesar das divergências, principalmente nos anos iniciais de medição dessa informação³⁵, o fato é que por volta de um pouco mais de 30% da população residente na RMB está coberta por planos ou seguros de saúde desde meados dos anos 2000.

A taxa de cobertura de planos na RMB se equivale a dos dados nacionais. De acordo com os números da ANS, em 2000, o número de usuários de planos/seguros de saúde no Brasil era equivalente a 19,71% e em 2010 já era de 32,34%. O suplemento da PNAD-Saúde apresenta dados aproximados, haja vista a diferença nas populações pesquisadas pelas duas instituições, conforme já informado.

As pessoas com cobertura por pelo menos um plano de saúde apresentou crescimento: em 1998, 24,5% de pessoas eram asseguradas; em 2003, permaneceu em 24,6% (43,0 milhões de pessoas); mas, em 2008, subiu para 26,3% (ou 49,1 milhões de pessoas). O aumento se deu principalmente na área rural: entre 1998 e 2008, o percentual de pessoas que possuíam algum plano de saúde cresceu de 5,8% para 6,7%; na área urbana, os valores foram 29,2% e 29,7% nestes anos (IBGE, 2010a, p. 47).

A década passada consolidou na RMB um mercado expressivo aos capitais aplicados no setor de serviços de saúde (mais de 600 mil usuários) e com taxas de crescimento maiores que a média nacional. Trata-se de um movimento de ocupação pelo capital aplicado em serviços de saúde a regiões com mercados menos expressivos (como a RMB) em razão de uma diminuição no crescimento dos mercados ocupados mais intensivamente em períodos anteriores (principalmente o Sudeste, com destaque para São Paulo). A hipótese que se apresenta é a de que os mercados com elevado peso econômico foram sendo inicialmente ocupados pelas operadoras de planos e seguros de saúde, em busca de maiores taxas de lucro já que essa regiões concentravam o principal espaço de acumulação e de um provável mercado para esses serviços, seguido de um movimento posterior de ocupação a mercados considerados secundários, ou seja, menos lucrativos. Não é objeto de estudo dessa pesquisa, mas seria o caso de verificar a expansão dos planos e seguros de saúde para regiões do Brasil menos desenvolvidas economicamente (no interior dos Estados, nas regiões Norte e Nordeste, por exemplo) o que possibilitaria identificar elementos de análise das possibilidades e limites a essa expansão.

³⁵ No caso da ANS, as informações nos primeiros anos de seu funcionamento (em 2000) eram limitadas pela resistência das operadoras de planos e seguros de saúde em fornecer as informações. Esse fato pode explicar o aumento elevado no número de usuários nos anos de 2002 a 2004.

A análise da renda das famílias na RMB e sua cobertura por planos de saúde auxilia na compreensão da dinâmica do mercado suplementar de serviços de saúde.

4.3.2 Relação entre renda e usuários de planos na RMB.

Como fator importante à caracterização desse mercado está a renda da população que é consumidora desses serviços. A análise da população da RMB por faixa de renda auxilia na compreensão do mercado, de suas possibilidades e limites de expansão.

Como alertado anteriormente, e diferente de determinadas abordagens neoclássicas, não se considera a renda como fator preponderante (principal) para justificar a expansão do setor suplementar de serviços de saúde. Pela abordagem neoclássica, a decisão de ter ou não um plano de saúde seria resultado de uma opção racional relacionada à renda disponível dos indivíduos/famílias para consumo dessa mercadoria e à oferta do produto no mercado, cabendo ao Estado a ótima regulação entre esses fatores. As determinações sociais da expansão desse setor (expansão do capital, inserção no mercado de trabalho, estímulos estatais ao setor, limitação dos serviços públicos, ofensiva ideológica acerca das “vantagens” do setor etc.) não são consideradas ou são subestimadas.

Mesmo assim, na abordagem utilizada nessa pesquisa, a variável renda tem uma importância na análise dos planos e seguros de saúde e deve ser estudada como uma das determinações da expansão do setor, na complexidade da relação com as outras determinações que estão sendo apresentadas. Ela, a renda das famílias, é resultado da conjuntura concreta das formações econômico-sociais e da forma de inserção dessa formação na divisão internacional do trabalho. É também resultado da situação em que se encontra a luta de classes nessa formação.

A Tabela 10, elaborada a partir dos dados levantados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde, do IBGE, apresenta a distribuição da população residente na RMB por faixa de renda nos anos de 1998, 2003 e 2008. Na tabela, a população residente apresenta-se dividida em três linhas principais (total, não cobertos e cobertos) que significam, respectivamente: total da população residente por faixa de renda, população sem cobertura de planos de saúde por faixa de renda e população residente com planos de saúde por faixa de renda.

Tabela 10 - População residente da RMB por cobertura de planos de saúde e faixas de renda.

Cobertura de planos	Faixas de rendimento mensal	População residente (Mil pessoas)			População residente (Percentual)		
		1998	2003	2008	1998	2003	2008
Total	Total	948*	1.882	2.090	100	100	100
	Até 1 s. m.**	74	294	258	7,81	15,64	12,36
	Mais de 1 a 2 s. m.	141	398	482	14,87	21,16	23,09
	Mais de 2 a 3 s. m.	113	314	382	11,92	16,68	18,27
	Mais de 3 a 5 s. m.	186	312	392	19,62	16,56	18,77
	Mais de 5 a 10 s. m.	175	224	258	18,46	11,9	12,33
	Mais de 10 a 20 s.m.	112	104	133	11,81	5,54	6,35
	Mais de 20 s. m.	88	48	44	9,28	2,54	2,12
	Sem rendimento	45	84	46	4,75	4,48	2,19
	Sem declaração	16	103	94	1,69	5,49	4,51
Não cobertos	Total	650	1.345	1.462	68,57	71,46	69,97
	Até 1 s. m.	68	269	237	7,17	14,28	11,34
	Mais de 1 a 2 s. m.	116	344	410	12,24	18,3	19,61
	Mais de 2 a 3 s. m.	93	240	302	9,81	12,76	14,45
	Mais de 3 a 5 s. m.	148	209	271	15,61	11,09	12,96
	Mais de 5 a 10 s. m.	106	115	103	11,18	6,13	4,91
	Mais de 10 a 20 s.m.	45	24	36	4,75	1,26	1,71
	Mais de 20 s. m.	21	7	5	2,22	0,36	0,26
	Sem rendimento	41	75	40	4,32	4	1,9
	Sem declaração	11	61	59	1,16	3,26	2,83
Cobertos	Total	299	537	627	31,54	28,53	30,03
	Até 1 s. m.	7	26	21	0,74	1,36	1,02
	Mais de 1 a 2 s. m.	24	54	73	2,53	2,85	3,48
	Mais de 2 a 3 s. m.	20	74	80	2,11	3,92	3,82
	Mais de 3 a 5 s. m.	37	103	121	3,9	5,47	5,81
	Mais de 5 a 10 s. m.	69	109	155	7,28	5,77	7,42
	Mais de 10 a 20 s.m.	66	81	97	6,96	4,28	4,64
	Mais de 20 s. m.	67	41	39	7,07	2,18	1,86
	Sem rendimento	5	9	6	0,53	0,47	0,29
	Sem declaração	4	42	35	0,42	2,23	1,68

Fonte: Elaborada pelo autor a partir de dados do IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde, 1998, 2003 e 2008. IBGE (1998) e consulta ao site do IBGE em 07/11/2011.
*Exclusive as pessoas cuja condição na família era pensionista, empregado doméstico e parente do empregado doméstico.

**s.m. – salário mínimo.

São várias as informações que os dados apresentados acima permitem destacar. A primeira, que sobressai, é a relação positiva entre a renda e a cobertura por planos de saúde. Entre a soma da população total sem rendimento ou com renda até um salário mínimo por mês (119 mil em 1998, 378 mil em 2003 e 304 mil em 2008), apenas 10,08% possuía plano em 1998 (12 mil); 9,26% em 2003 (35 mil) e reduziu para 8,88% em 2008 (27 mil). Do outro lado desse quadro, entre a população residente na RMB com renda acima de 5 salários

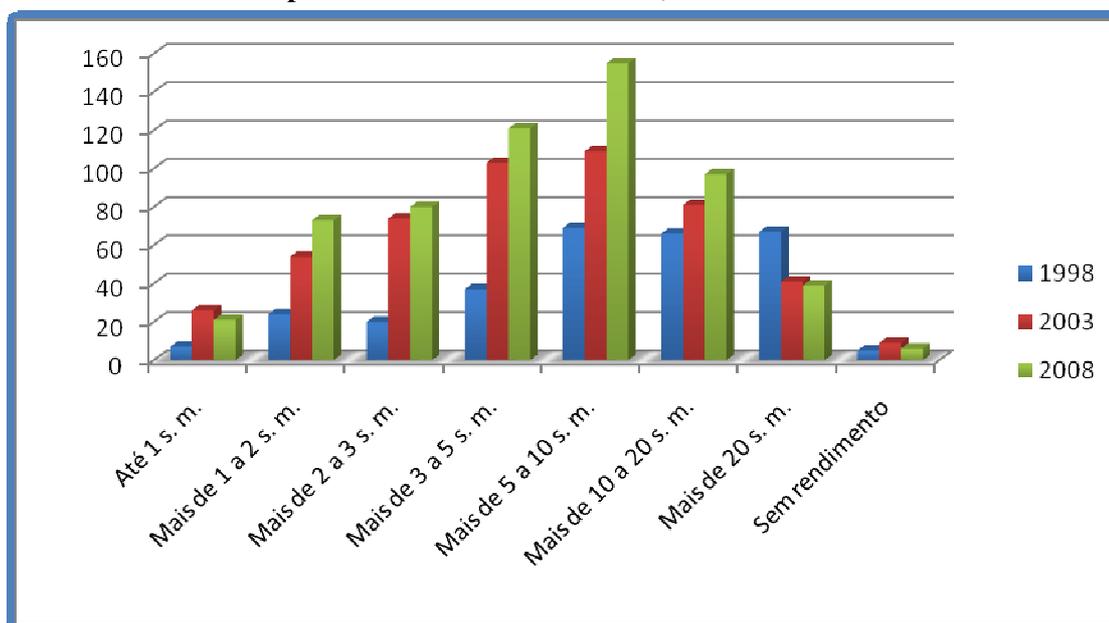
mínimos (375 mil em 1998, 376 mil em 2003 e 435 mil em 2008) estavam cobertos por planos de saúde 53,87% em 1998, 61,44% em 2003 e 66,90% em 2008. Enquanto na população residente com renda abaixo de um salário mínimo na última década menos de 10% tinham plano de saúde, entre a população com renda acima de 5 salários mínimos, esse índice subiu de pouco mais de 50% em 1998 para quase 67% em 2008.

Do total de residentes com cobertura de planos de saúde em 1998 (299 mil) 4,01% recebiam menos que 1 salário mínimo, 27,09% recebiam entre 1 e 5 salários mínimos e 67,56% recebiam mais de 5 salários mínimos. Em 2003 esses números são, respectivamente, 6,52%; 43,02% e 43,02%, e em 2008 já são 4,31%; 46,41% e 43,7%. Verifica-se que a faixa com o maior crescimento proporcional entre os usuários de planos de saúde no período de 1998 a 2008 se deu entre os residentes que recebem entre 1 e 5 salários mínimos, que representavam 27,09% do total de usuários de planos em 1998 e passaram a representar 43,7% em 2008. O mercado de planos e seguros de saúde, tendo ocupado praticamente todo o espaço daqueles com maior renda, avançou sobre a população com renda menor, entre 1 e 5 salários. Entre os residentes com renda acima de 10 salários mínimos, o percentual de usuários de planos saltou de 66,5% em 1998 para 76,84% em 2008.

Os residentes na RMB com plano de saúde e que ganham mais de 1 a 5 salários mínimos em 2008 (274 mil) já são quase o mesmo número que os que recebem mais de 5 salários mínimos (291 mil). Só que entre os que ainda não estão cobertos por planos, os que ganham mais de 1 a 5 s. m. são 983 mil e os que ganham mais de 5 s.m. e não tem plano são “apenas” 144 mil residentes. Ou seja, se a renda fosse o único elemento a se considerar na expansão dos planos de saúde, haveria uma enorme possibilidade de crescimento desse mercado, com mais de 1 milhão de prováveis usuários, concentrados principalmente nas camadas médias da população. No entanto, como a realidade é muito mais dinâmica do que a análise das abordagens neoclássicas, veremos mais a frente que outros fatores podem intervir na expansão desse mercado, como a situação geral da reprodução capitalista (a crise) e a forma específica como esse processo se reflete na RMB.

O Gráfico 2, elaborado a partir dos dados da população residente na RMB, com cobertura de planos de saúde nos anos de 1998, 2003 e 2008, facilita a visualização das informações. No gráfico estão apresentados os dados absolutos distribuídos por ano e por faixa de renda.

Gráfico 2 - População residente na RMB (mil pessoas) com cobertura de planos de saúde por faixa de renda em 1998, 2003 e 2008.



Fonte: Elaborada pelo autor a partir de dados do IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde, 1998, 2003 e 2008. IBGE (1998) e consulta ao site do IBGE em 07/11/2011.

Entre os 30% de residentes da RMB que possuem planos/seguros de saúde estão quase a totalidade dos que ganham uma renda maior (mais de 75% entre os que tem renda acima de 10 s. m.) e por volta de 22% dos que ganham mais de 1 a 5 s. m. de renda, o que em tese poderia ser um foco de expansão do mercado. Essa fatia dos residentes (de 1 a 5 s. m.) representa quase a metade (43,7%) dos usuários de planos de saúde na RMB.

4.3.3 Relação entre usuários de planos e utilização dos serviços de saúde.

Os dados abaixo, que expõem aspectos da questão da relação público-privado nos serviços de saúde, apresentam em percentuais, valores que indicam se houve atendimento de saúde realizado nas duas últimas semanas, excluindo marcação de consultas, se a pessoa atendida possuía plano de saúde e se o atendimento foi feito pelo plano. Os dados são para os anos de 2003 e 2008, na Região Metropolitana de Belém.

Pelos números da PNAD-Saúde, em 2003, do total de atendimentos em saúde realizados nas duas semanas anteriores à pesquisa, 30,34% foram através de planos de saúde e 69,66% não foram através dos planos. No entanto, do total de pessoas que procuraram por atendimento, 38,15% possuíam planos de saúde, significando que parte dos que possuíam planos de saúde não foram atendidos pelos planos. Em 2008, do total dos atendimentos de

saúde realizados nas semanas anteriores à pesquisa, 34,12% foram realizados através de planos de saúde e 65,88% sem ser pelos planos. Dos que procuraram atendimento de saúde, 40,81% possuíam planos.

A Tabela 11 detalha a forma de utilização dos serviços em saúde pelos usuários e não usuários de planos de saúde na RMB. A 1ª coluna detalha se o residente possui ou não plano de saúde, na 2ª demonstra se houve pagamento pelo atendimento em 2003 e em 2008 (3ª e 4ª colunas), na 5ª coluna informa se o atendimento foi feito pelo SUS nos anos de 2003 e 2008 (6ª e 7ª colunas).

Tabela 11 - Pessoas que procuraram atendimento de saúde com cobertura ou não de planos, pela forma do atendimento (pagamento ou SUS) em 2003 e 2008.

Cobertura de Planos	Pgto. pelo atendimento	2003 (%)	2008 (%)	Atendimento pelo SUS	2003 (%)	2008 (%)
Total	Total	100	100	Total	100	100
	Sim	8,59	11,66	Sim	58,62	52,45
	Não	91,41	88,34	Não	41,05	47,36
Tem	Total	38,15	40,81	Total	38,15	40,81
	Sim	3,46	4,35	Sim	4,68	4,8
	Não	34,69	36,46	Não	33,41	36,01
Não tem	Total	61,85	54,19	Total	61,85	54,19
	Sim	5,13	7,31	Sim	53,93	47,64
	Não	56,72	51,88	Não	7,64	11,36

Fonte: Elaborada pelo autor a partir de dados do IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde, 2003 e 2008. Consulta ao site do IBGE em 07/11/2011.

Esses dados mostram que em 2003, 21,33% dos atendimentos de saúde de usuários de planos de saúde na RMB foram feitos ou pelo SUS (12,26%) ou por pagamento direto pelos usuários (9,06%) e não pelos seus respectivos planos. Em 2008, 22,42% dos atendimentos em saúde de usuários dos planos não foi coberto pelos planos e sim pelo SUS (11,76%) ou pelos próprios usuários (10,65%). Ou seja, mais de 20% dos atendimentos de usuários de planos de saúde na Região Metropolitana de Belém não é coberto pelo subsistema de saúde suplementar. E do que é coberto pelo SUS o ressarcimento dessas despesas pelas operadoras à União deve ser extremamente lento, quando ocorre, conforme as dificuldades já relatadas.

Essa situação é a mesma em todo o país, conforme comprovam Santos, Ugá e Porto (2008). Essas autoras, com base nos dados da PNAD 2003, afirmam que “15,4% da população possuidora de planos de saúde internada o foram pelo SUS” (p. 1435) e que do total de pessoas internadas pelo SUS em 2003 (8.272.846), 6,69% (553.389) possuíam planos de saúde.

Dos que tiveram que realizar pagamento para ter o atendimento em saúde a proporção é maior em 2008 entre os que não tem planos de saúde do que entre os que possuem planos. Em 2003, 9,06% dos atendimentos de quem tem plano de saúde foram feitos mediante pagamento e entre os que não têm plano 8,29% dos atendimentos foi feito com pagamento. Em 2008, 10,65% dos que possuem planos pagaram pelo atendimento e 12,35% dos que não têm plano tiveram que pagar para obter atendimento em saúde. Além disso, entre 2003 e 2008 aumentou a proporção daqueles, com ou sem plano, que realizaram pagamentos para atendimento em saúde.

Outro dado que se destaca na pesquisa é o fato de que a população que possui planos de saúde utiliza os serviços de saúde em maior quantidade do que os que não o tem. Do total de pessoas que tiveram atendimento em saúde na RMB nas duas semanas anteriores à consulta do IBGE, com exceção de marcação de consultas, 38,15% em 2003 e 40,81% em 2008 possuíam planos de saúde, evidenciando o fato de que os usuários de planos utilizam em maior proporção os serviços em saúde (já que esse percentual é maior do que a quantidade de usuários de planos na RMB). No Brasil esses números foram de 34,01% em 2003 e 34,81% em 2008.

Em relação às internações nos últimos doze meses de residentes da RMB, os dados apresentaram uma diminuição proporcional em relação aos atendimentos realizados pelos usuários de planos de saúde, mostrado acima. Perguntados se estiveram internados nos últimos doze meses, anteriores à pesquisa, os resultados mostraram que em 2003, 28,87% das internações eram de usuários de planos de saúde e 71,13% de residentes que não possuíam planos. Em 2008, 32,28% das internações nos doze meses anteriores foram de usuários de planos e 67,72% de não possuidores de planos ou seguros de saúde.

4.3.4 As despesas com planos de saúde no orçamento das famílias.

O peso das despesas com planos de saúde no orçamento das famílias é uma variável importante a destacar na pesquisa. Essa informação foi obtida através da análise à Pesquisa de Orçamentos Familiares, a POF do IBGE, realizada com base em 2008/2009. Entre os objetivos principais da POF, conforme o IBGE (2010b, p.15) está o de “disponibilizar informações sobre a composição orçamentária doméstica e sobre as condições de vida da

população”. Realizada entre maio de 2008 e maio de 2009, a POF possibilita, entre outras várias informações, identificar o tipo das despesas das famílias³⁶ assim distribuídas:

a) despesas de consumo (alimentação, habitação, vestuário, transporte, higiene e cuidados pessoais, assistência à saúde, educação, recreação e cultura, fumo, serviços pessoais e despesas diversas),

b) outras despesas correntes (impostos, contribuições trabalhistas, serviços bancários, pensões, mesadas e doações, previdência privada e outras),

c) aumento do ativo (aquisição ou reforma do imóvel e outros investimentos) e

d) diminuição do passivo (empréstimo e carnê e prestação do imóvel).

No detalhamento das despesas de consumo, o item assistência à saúde está dividido pelos seguintes subitens: remédios, plano ou seguro de saúde, consulta e tratamento dentário, consulta médica, tratamento médico e ambulatorial, serviços de cirurgia, hospitalização, exames diversos, material de tratamento e outras. Além disso a POF distribui essas despesas entre as faixas (classes, na pesquisa) de rendimento total e variação patrimonial mensal das famílias.

Na Tabela 12, a partir dos dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares, selecionou-se para apresentação nesse trabalho, a média mensal de despesas do item *assistência à saúde*, em reais e percentualmente, das famílias na RMB em 2008, distribuídas por faixas de renda. Nas linhas da tabela estão apresentadas (no *total* e por *faixas de renda*) apenas as *despesas totais* das famílias, o item *despesas totais com assistência à saúde* e os subitens *remédios e planos/seguros de saúde*, que são os subitens com maior peso em despesas com assistência à saúde, independente das faixas de renda.

³⁶ Na POF o termo *família* é utilizado para identificar uma unidade de consumo (IBGE, 2010b, p. 19).

Tabela 12 - Despesas monetárias e não monetárias. Média mensal familiar por faixas de rendimento total e variação patrimonial mensal familiar por tipo de despesas (selecionadas). Região Metropolitana de Belém, 2008.

Faixas de Renda	Tipo de despesa	Variável (mensal)	
		Despesa em reais	Distribuição (%)
Total	Despesa total	2.412,70	100
	Assistência à saúde	123,35	5,1
	Remédios	57,41	2,4
	Plano/seguro saúde	47,07	2
Até 830 reais	Despesa total	855,7	100
	Assistência à saúde	27,69	3,2
	Remédios	23,1	2,7
	Plano/seguro saúde	0,12	0
Mais de 830 reais a 1.245 reais	Despesa total	1.288,60	100
	Assistência à saúde	57,52	4,5
	Remédios	38,68	3
	Plano/seguro saúde	9,47	0,7
Mais de 1.245 reais a 2.490 reais	Despesa total	1.773,18	100
	Assistência à saúde	74,13	4,2
	Remédios	41,75	2,4
	Plano/seguro saúde	18,15	1
Mais de 2.490 reais a 4.150 reais	Despesa total	3.054,71	100
	Assistência à saúde	170,37	5,6
	Remédios	79,54	2,6
	Plano/seguro saúde	53,24	1,7
Mais de 4.150 reais a 6.225 reais	Despesa total	3.827,12	100
	Assistência à saúde	187,35	4,9
	Remédios	87,07	2,3
	Plano/seguro saúde	80,65	2,1
Mais de 6.225 reais a 10.375 reais	Despesa total	6.212,38	100
	Assistência à saúde	400,47	6,4
	Remédios	118,3	1,9
	Plano/seguro saúde	214,04	3,4
Mais de 10.375 reais	Despesa total	13.640,57	100
	Assistência à saúde	859,01	6,3
	Remédios	271,94	2
	Plano/seguro saúde	543,68	4

Notas: Faixas de rendimento total e variação patrimonial familiar inclui os rendimentos monetários, não-monetários e variação patrimonial.

Na faixa de renda até R\$830,00 inclui as famílias sem rendimento.

Fonte: Elaborada pelo autor a partir de dados do IBGE – Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008/2009. Consulta ao site do IBGE em 07/11/2011.

A Tabela 12 demonstra que, com exceção das famílias com faixa de renda mensal até R\$830,00, a despesa com planos/seguros de saúde está entre as duas principais despesas com assistência à saúde. Nas famílias com rendimento acima de R\$830,00 e menor que

R\$6.225,00, é o segundo item nessas despesas, só estando atrás dos custos com medicamentos.

Nas famílias com renda abaixo de R\$830,00, em que a média mensal de despesa com assistência à saúde é R\$27,69, a despesa mensal com planos/seguros de saúde é irrisória (R\$0,12), estando atrás das despesas com remédios (R\$23,10), exames diversos (R\$1,71), consulta médica (R\$1,34), material de tratamento (R\$1,14) e consulta e tratamento dentário (R\$0,23). Ou seja, os que ganham abaixo de R\$830,00 praticamente não utilizam a saúde suplementar.

No entanto, já a partir da 2ª faixa de renda medida pela pesquisa as despesas com planos/seguros de saúde passam a ter um peso relativo bem mais expressivo, demonstrando a expansão desse setor do capital mesmo para fatias do mercado com menor poder aquisitivo. O peso relativo das despesas com planos/seguros de saúde no total das despesas com assistência à saúde aumenta em proporção maior que qualquer outra despesa desse item, em relação positiva com o aumento da renda das famílias.

Na faixa de renda acima de R\$830,00 a R\$1.245,00 as despesas com planos/seguros de saúde representam 16,46% das despesas com assistência à saúde; na faixa posterior (mais de R\$1.245 a R\$2.490) representam 24,48%; na próxima faixa (acima de R\$2.490,00 a R\$4.150,00) já tem um peso relativo de 31,25% nas despesas com assistência à saúde; na faixa que vem em seguida (mais de R\$4.150,00 a R\$6.225,00) representam 43,04%; na faixa posterior (acima de R\$6.225,00 até R\$10.375,00) as despesas mensais com planos/seguros de saúde ultrapassam as despesas com remédios (R\$214,04 e R\$118,30) e seu peso no conjunto das despesas com assistência à saúde é de 53,45%; já na última faixa medida pela pesquisa (renda mensal acima de R\$10.375,00) o valor gasto com planos/seguros de saúde é o dobro do que com remédios (R\$543,68 e R\$271,94), representando 63,29% das despesas com assistência à saúde.

Quanto mais se ganha, mais se gasta com planos e seguros de saúde. Os capitais aplicados ao setor oferecem uma ampla gama de produtos para atender aos consumidores de todas as faixas de renda. Desde planos com resgate em Unidade de Tratamento Intensivo aéreo, cobertura internacional, hospedagem cinco estrelas, até planos que custam menos que R\$30,00 por mês e garantem (as operadoras afirmam) a cobertura mínima exigida por lei. O volume de reclamações de usuários principalmente por negativa de cobertura assistencial mostra que a realidade não bem essa.

Um outro fator, de cunho ideológico, é aquele que diferencia socialmente os usuários pelos planos que possuem. Campanhas ou idéias que apelam ao tratamento exclusivo que um

usuário disposto a pagar mais pode obter, ou que comparam os planos mais populares ao SUS, reforçam as distinções de classe. É sinal de “status social” ser usuário de um determinado plano/seguro de saúde e ser atendido em determinada rede considerada superior às demais. Como qualquer mercadoria, os planos/seguros de saúde exercem todas as formas de apelo que possibilitem a conquista de novos consumidores. E, em conformidade com a ideologia dominante, os cidadãos serão diferenciados não pelo que são (suas idéias, seu comportamento, sua prática) mas sim pelo que consomem.

Na comparação com os dados do Brasil, apesar de que as despesas mensais com assistência à saúde das famílias na RMB (R\$123,35) sejam menores que as despesas com o mesmo item no Brasil (R\$153,81), as despesas com planos/seguros de saúde na Região Metropolitana de Belém são maiores do que no país (R\$47,07 e R\$45,86). Esse dado pode ser explicado pelo fato de que a cobertura dos planos e seguros de saúde é predominantemente urbana e mesmo no caso de uma região metropolitana como a de Belém, que não está no centro econômico do país, a presença do capital ligado aos planos e seguros de saúde já se faz cada vez mais presente.

4.3.5 Distribuição dos usuários de planos de saúde na RMB por faixa etária.

A distribuição por grupo de idade dos usuários de planos e seguros de saúde é um outro dado importante, que interfere no perfil que o mercado suplementar de serviços de saúde pode adquirir já que quanto maior a idade média dos usuários maior o custo com a assistência médica dos planos/seguros. No mercado de planos de saúde considera-se como de pouco valor as carteiras de planos com uma quantidade elevada de usuários idosos (o que em tese significa mais despesas para a OPS), principalmente se o valor da contraprestação pecuniária desses usuários for pequena em relação à média.

Na Tabela 13 estão relacionados a população residente na RMB em 1998, 2003 e 2008, com cobertura de planos/seguros de saúde, distribuídos por quatro grupos de idade (0 a 18, 19 a 39, 40 a 64 e 65 ou mais, além de *idade ignorada*) conforme os dados obtidos no IBGE/PNAD.

Tabela 13 - População residente na Região Metropolitana de Belém, por cobertura de plano de saúde e grupos de idade. 1998, 2003 e 2008.

Cobertura de planos	Grupos de idade	População residente (Mil pessoas)			População residente (Percentual)		
		1998	2003	2008	1998	2003	2008
Total	Total	960	1.882	2.090	100	100	100
	0 a 18 anos	364	680	712	37,92	36,14	34,07
	19 a 39 anos	355	725	772	36,98	38,55	36,96
	40 a 64 anos	192	388	493	20	20,59	23,61
	65 anos ou mais	48	88	112	5	4,69	5,37
	Idade ignorada	0	0	-	0,03	0,02	-
Não cobertos	Total	659	1.345	1.462	68,65	71,46	69,97
	0 a 18 anos	262	510	515	27,29	27,08	24,67
	19 a 39 anos	254	536	560	26,46	28,5	26,81
	40 a 64 anos	111	247	317	11,56	13,1	15,19
	65 anos ou mais	31	52	69	3,23	2,76	3,31
	Idade ignorada	0	0	-	0	0,02	-
Cobertos	Total	301	537	627	31,35	28,53	30,03
	0 a 18 anos	102	170	196	10,63	9,05	9,4
	19 a 39 anos	100	189	212	10,42	10,05	10,15
	40 a 64 anos	81	141	176	8,44	7,49	8,41
	65 anos ou mais	18	36	43	1,88	1,94	2,06
	Idade ignorada	-	-	-	-	-	-

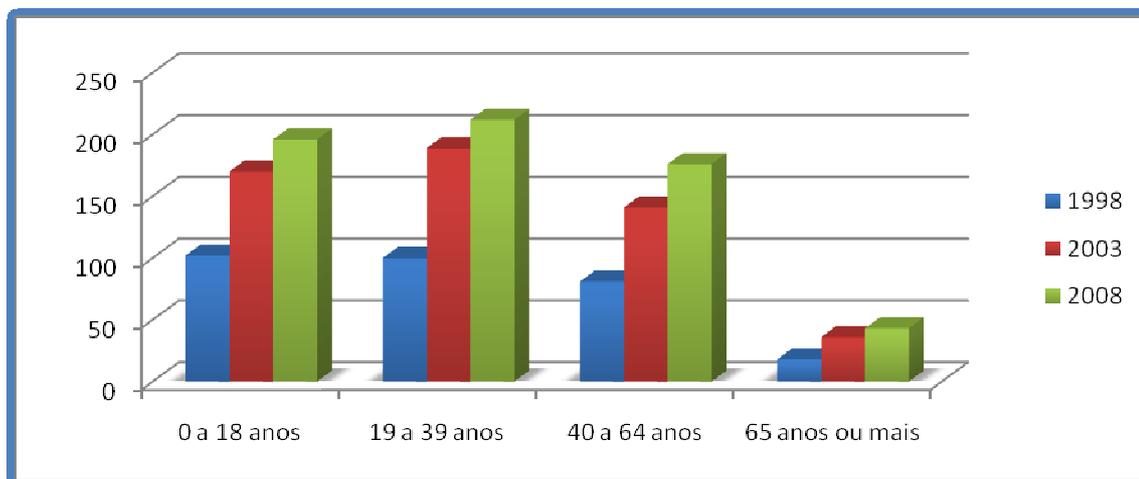
Fonte: Elaborada pelo autor a partir de dados do IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde, 1998, 2003 e 2008. IBGE (1998) e consulta ao site do IBGE em 07/11/2011.

Pelos dados acima apresentados, constata-se uma pequena ampliação no número de idosos (com 65 anos ou mais) entre os cobertos por planos de saúde nos anos de 1998 a 2008. Esse grupo de idade que representava 5,98% do total de cobertos por planos de saúde na RMB em 1998 (1,88% do total da população) eleva-se para 6,85% em 2008 (2,06% do total).

Os dados mostram ainda que do total de residentes com idade acima de 65 anos, 38,39% possuem planos de saúde em 2008, enquanto que a média total da RMB é de 30,03% de residentes com planos. Já na faixa entre 0 e 18 anos apenas 27,53% estão cobertos por planos/seguros de saúde. Quanto mais elevado o grupo de idade, maior a quantidade relativa de residentes cobertos por planos de saúde (27,5%; 27,5%; 35,7% e 38,4% respectivamente).

O Gráfico 3 permite uma melhor visualização da distribuição e da evolução, por grupo de idade, entre os portadores de planos/seguros de saúde na RMB. Apresenta a população residente na RMB com cobertura de planos/seguros de saúde, dividida nas quatro faixas de idade acima distribuídas (0 a 18, 19 a 39, 40 a 64 e 65 ou mais), nos anos de 1998, 2003 e 2008.

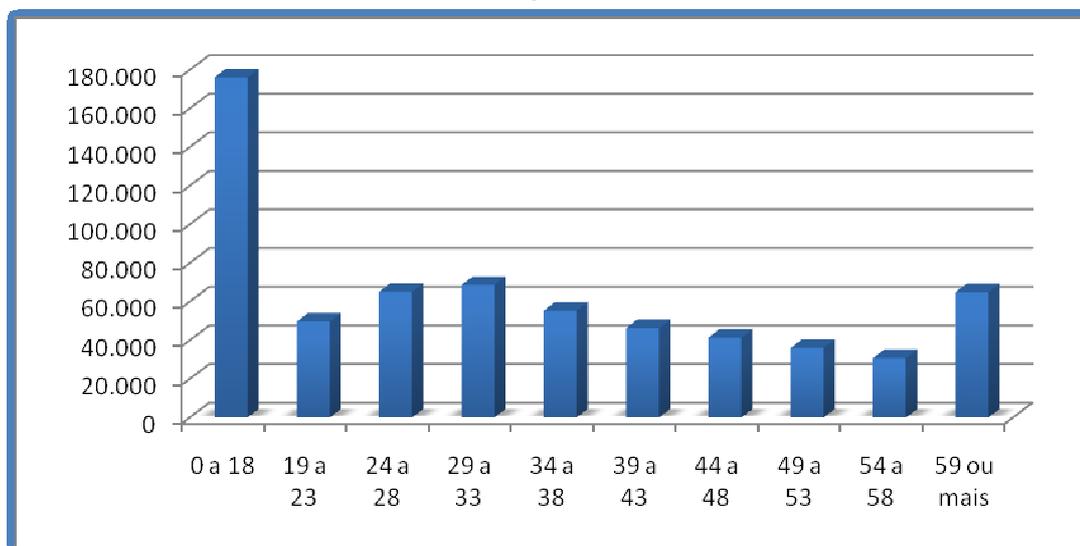
Gráfico 3 - População residente na Região Metropolitana de Belém com cobertura de plano de saúde por grupos de idade. 1998, 2003 e 2008.



Fonte: Elaborada pelo autor a partir de dados do IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde, 1998, 2003 e 2008. IBGE (1998) e consulta ao site do IBGE em 07/11/2011.

A consulta ao site ANS através do Sistema de Informação de Beneficiários possibilita a verificação dos usuários de planos/seguros de saúde na RMB distribuídos por faixa etária específica para reajustes nas mensalidades dos planos. De acordo com a legislação são dez as faixas para definição de valores das contraprestações pecuniárias pagas pelos usuários: de 0 a 18 anos, 19 a 23 anos, 24 a 28 anos, 29 a 33 anos, 34 a 38 anos, 39 a 43 anos, 44 a 48 anos, 49 a 53 anos, 54 a 58 anos e 59 anos ou mais. A distribuição na RMB em dezembro de 2010 está apresentada no Gráfico 4.

Gráfico 4 - Número de beneficiários na Região Metropolitana de Belém em dez.2010, por faixa etária para reajustes.



Fonte: Elaborada pelo autor a partir de dados do Sistema de Informação de Beneficiários – SIB/ANS/MS 07/2011 (ANS, 2011). Consulta ao site da ANS em out/2011.

Nota: O termo “beneficiário” refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

De acordo com a legislação, essa distribuição de faixas de idade define como serão os reajustes nas mensalidades dos planos/seguros. A divisão por faixa etária apresentada no gráfico acima vale para os contratos assinados ou adaptados à Lei Nº 9656/98 a partir de 1º de janeiro de 2004, sendo que a última faixa (59 anos ou mais) não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira (0 a 18 anos) e a variação acumulada entre a sétima faixa (44 a 48 anos) e a décima (59 ou mais) não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira faixa (0 a 18 anos) e a sétima (44 a 48 anos).

No caso dos planos antigos³⁷ os reajustes devem ser aplicados conforme a tabela de faixa etária e os índices estabelecidos em contrato. Para os planos com contratos assinados entre 1º de janeiro de 1999 e 31 de dezembro de 2003 são previstas sete faixas (0 a 17, 18 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69 e mais de 70 anos), e a última faixa (mais de 70 anos) poderá ser no máximo seis vezes superior ao valor da faixa inicial (0 a 17 anos).

A distribuição dos usuários por faixa etária nas carteiras dos planos é informação importante para o mercado suplementar de serviços de saúde. Os planos/seguros com carteiras com maior quantidade de jovens (entre outros fatores) tendem a ter uma despesa com assistência médica menor do que os planos/seguros de saúde com carteiras de usuários mais idosos, consideradas onerosas e de pouco valor no mercado das operadoras.

4.3.6 Autoavaliação do estado de saúde dos usuários de planos de saúde da RMB.

Para concluir o quadro com informações dos usuários dos planos/seguros de saúde na RMB é interessante destacar a autoavaliação que os usuários tem do seu estado de saúde, comparando com a autoavaliação que os residentes da RMB que não tem planos/seguros de saúde tem do seu estado de saúde. Para o IBGE, a autoavaliação do estado de saúde é a “avaliação do estado de saúde da pessoa segundo o seu próprio ponto de vista ou, no caso de criança pequena, do ponto de vista do seu responsável” (IBGE, 2010a, p. 212).

O que essa pergunta inserida na PNAD-Saúde possibilita levantar de informação é uma percepção puramente subjetiva do entrevistado e não o seu verdadeiro estado de saúde. A Conferencia Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, através da Declaração de Alma-Ata (1978), enfatizou que saúde é o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (p. 1). Não é isso que a

³⁷ Contratos assinados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados.

pesquisa permite responder mas, somente, qual a autoavaliação que o cidadão tem sobre sua saúde, independente se esta opinião é verdadeira ou não.

Mesmo assim, essa informação é relevante pois permite ver possíveis diferenças entre a avaliação subjetiva que usuários e não usuários de planos/seguros de saúde fazem de seu próprio estado de saúde. O IBGE, através da PNAD-Saúde perguntou aos residentes da RMB, em 1998, 2003 e 2008, qual a avaliação que faziam do seu estado de saúde, distribuindo os resultados entre *muito bom e bom, regular e ruim e muito ruim*. A Tabela 14 apresenta os resultados.

Tabela 14 - População residente na Região Metropolitana de Belém, por cobertura de plano de saúde e autoavaliação do estado de saúde. 1998, 2003 e 2008.

Cobertura de Planos	Autoavaliação do estado de saúde.	População residente (Percentual)		
		1998	2003	2008
Total	Total	100	100	100
	Muito bom e bom	73,33	72,03	74,47
	Regular	23,23	24,81	22,18
	Ruim e muito ruim	3,44	3,16	3,35
Não cobertos	Total	68,65	71,46	69,97
	Muito bom e bom	49,27	50,25	50,46
	Regular	16,77	18,64	16,8
	Ruim e muito ruim	2,5	2,58	2,71
Cobertos	Total	31,35	28,54	30,03
	Muito bom e bom	24,06	21,78	24,01
	Regular	6,46	6,17	5,38
	Ruim e muito ruim	0,83	0,59	0,64

Fonte: Elaborada pelo autor a partir de dados do IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde, 1998, 2003 e 2008. IBGE (1998) e consulta ao site do IBGE em 07/11/2011.

Sem expressivas variações no período, a informação mais importante a destacar dos dados da Tabela 14 é que os residentes da RMB que são usuários de planos/seguros de saúde consideram seu estado de saúde melhor do que os que não tem planos. Dos cobertos por planos, entre 77% (1998) a 80% (2008) consideraram seu estado de saúde como *muito bom* ou *bom*, enquanto entre os residentes que não estão cobertos por planos/seguros, 72% (1998 ou 2008) consideraram *muito bom* ou *bom*. Consideraram seu estado de saúde *ruim* ou *muito ruim* 4% dos residentes da RMB que não tem plano/seguro de saúde enquanto que apenas 2% dos que tem planos/seguros de saúde consideraram seu estado de saúde da mesma forma.

Verifica-se assim que a percepção positiva do próprio estado de saúde é melhor entre os usuários de planos do que entre os não usuários na RMB e evoluiu no período de 1998 a

2008: *muito bom* ou *bom* de 77% para 80% dos residentes, *regular* de 21% para 18% e *ruim* ou *muito ruim* de 3% para 2%.

Outra questão sobressai desses dados da pesquisa do IBGE. Consolidada-se cada vez mais, ideologicamente, a noção de que quem tem plano ou seguro de saúde está em melhores condições de saúde do que quem não tem. E essa não é uma questão que pode ser respondida com tal simplicidade. Nem sequer esta relação entre ser usuário de plano/seguro de saúde e estar em melhores condições de saúde está comprovada.

O estado de saúde está relacionado principalmente com as condições sociais e econômicas (sanitárias, culturais, de renda, de infraestrutura etc.) e o fato de que a maioria dos residentes da RMB responderem que avaliam seu estado de saúde como bom ou muito bom expressa um determinado nível de aceitação ou consentimento ideológico de uma situação que, como os indicadores econômicos da RMB mostraram, não deveria expressar essa autoavaliação. O resultado expressa muito mais um determinado grau de alienação do entrevistado do que uma realidade empiricamente comprovada.

O *Atlas de Integração Regional do Estado do Pará* (PARÁ, 2010, p.40-6) mostra que os indicadores de saúde da RMB e do Pará como um todo, são preocupantes. O Atlas apresentou três indicadores da área da saúde, que compõe os “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” firmados em 2000, na Organização das Nações Unidas (ONU): a taxa ou coeficiente de mortalidade infantil³⁸, a taxa de mortalidade materna³⁹ e a taxa de longevidade⁴⁰. A taxa de mortalidade infantil da RMB (4,00) é a segunda pior entre as 12 Regiões de Integração do Estado (RI) e o coeficiente de mortalidade infantil é de 22,77/1000 nascidos vivos (a meta estipulada pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio é chegar a 16,03/1000 nascidos vivos até 2015). Já a taxa de mortalidade materna na RMB é a melhor entre as 12 RIs do Pará (62,69) mas a meta acertada no Objetivos do Milênio está bem distante (14,91). Quanto à expectativa de vida (em anos) os números apresentados pelo Atlas mostram a RMB, com uma expectativa de 70,5 anos de vida (em 2005), como a terceira pior entre as Regiões de Integração do Pará. O Atlas apresentou também (p. 45) a proporção da população coberta pelo Programa Saúde da Família (PSF) nas Regiões de Integração do Pará. A RMB é a segunda RI com maior proporção da população coberta pelo PSF (43,09) atrás apenas da RI Guamá (53,50).

³⁸ Relação entre o número de óbitos de crianças menores de 1 ano ocorrido em cada mil nascidos vivos.

³⁹ Relação entre a morte de uma mulher durante ou após 42 dias da gestação, para cada 100 mil crianças nascidas vivas.

⁴⁰ Expectativa de anos que um indivíduo pode esperar viver.

Fica claro que a autoavaliação positiva do estado de saúde apresentada na pesquisa do IBGE (Tabela 14) expressa um distanciamento dos entrevistados da realidade existente, distanciamento que é resultado, entre outros fatores, principalmente da ofensiva ideológica das classes dominantes e do Estado, além do quadro atual de pouca resistência popular em defesa de direitos existentes porém, limitadamente, efetivados.

4.3.7 Resumo das características dos usuários de planos de saúde na RMB.

Aproximadamente 30% da população residente na RMB possui planos/seguros de saúde identificando-se uma clara relação positiva entre a renda e a cobertura por um plano/seguro sendo que a maior fatia dos usuários de planos/seguros da RMB ganha entre 5 a 10 salários mínimos. Por volta de 20% dos atendimentos em saúde de portadores de planos/seguros não é coberta por estes, sendo feito ou por pagamento particular ou pelo SUS e os portadores de planos e seguros utilizam mais os serviços em saúde que os residentes que não possuem cobertura em saúde suplementar.

Na média total dos residentes da RMB, 2% do orçamento é gasto com planos/seguros de saúde e quanto maior a renda maior o valor e o percentual do orçamento gasto com essa despesa específica. O número de idosos portadores de planos/seguros vem evoluindo constantemente na década passada mas ainda predomina, nos usuários de planos/seguros, os que tem idade entre 0 e 18 anos. A autoavaliação do estado de saúde do usuários de planos/seguros de saúde é mais positiva do que entre os não usuários o que pode significar uma determinada consolidação ideológica sobre as vantagens de ser portador de um plano de saúde.

A partir do quadro mais geral sobre os usuários de planos e seguros de saúde na RMB apresentado até aqui, uma análise mais detalhada da conformação desses planos e seguros será apresentada nos pontos seguir, o que possibilita um maior aprofundamento da compreensão desse mercado e de algumas de suas especificidades.

4.4 A CONFORMAÇÃO ESPECÍFICA DOS PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM.

A fonte principal dos dados apresentados nesse trecho do trabalho foi a Agencia Nacional de Saúde Suplementar – ANS. São informações públicas, disponibilizadas em sua página na internet e possibilitam um acompanhamento da evolução do mercado de saúde

suplementar. Salienta-se ainda que, nos primeiros anos de existência da ANS, os dados apresentam uma abrangência um pouco reduzida em razão da resistência empreendida por parte do mercado suplementar de serviços de saúde em agir sob a regulação da Agência e fornecer as informações necessárias. Mesmo assim, essa limitação não compromete a aproximação do quadro da saúde suplementar no início dos anos 2000 já que podem ser comparados com dados de anos posteriores, esses sim já bem abrangentes, e verificar as tendências existentes.

A maioria dos dados disponibilizados tem como data inicial março de 2000 e, sempre que possível, estão apresentados nesse trabalho a partir daí, relacionando-os a dados e informações de períodos selecionados até dezembro de 2010, possibilitando verificar a evolução existente.

4.4.1 Planos por tipo de contratação.

Inicialmente, na análise do perfil dos planos e seguros de saúde na Região Metropolitana de Belém chamou a atenção na pesquisa a configuração específica dos planos por tipo de contratação. Há um alto índice de planos familiares ou individuais em relação aos planos coletivos, comparado aos números nacionais ou de outras regiões metropolitanas.

Planos familiares ou individuais são aqueles em que há um contrato entre o usuário e uma operadora de planos/seguros de saúde (para ele próprio, para um familiar ou para seus dependentes). Planos coletivos são firmados com pessoas jurídicas e destinados a grupos determinados de usuários, podendo ser *empresariais* com adesão automática (com patrocínio de parte ou total, do empregador) ou *por adesão* em que o usuário opta se quer ou não pertencer ao plano.

Na Tabela 15 foram selecionados, para melhor compreensão desse quadro, os dados referentes ao número de usuários por tipo de contratação de planos/seguros de saúde no Brasil, na Região Metropolitana de Belém (RMB) e na Região Metropolitana de Manaus (RMM), em 2000, 2005 e 2010. A Região Metropolitana de Manaus foi selecionada nessa amostragem por ser outra região metropolitana no Norte do país, além de possuir em 2010 número aproximado de usuários da RMB.

Tabela 15 - Usuários de planos/seguros de saúde por tipo de contratação. Brasil, Região Metropolitana de Belém e Região Metropolitana de Manaus. Períodos seccionados (mar.2000, dez.2005 e dez.2010).

Brasil ou Região Metropolitana	Tipo de contratação	Mar. 2000	Dez. 2005	Dez. 2010
Brasil	Total	32.579.197	41.144.135	60.061.734
	Individual ou Familiar	4.840.840	9.499.611	11.855.247
	Coletivo empresarial	6.546.461	20.077.625	36.488.706
	Coletivo por adesão	3.228.024	8.012.811	9.866.374
	Coletivo não identificado	294.090	366.079	267.950
	Não informado	17.669.782	3.188.009	1.583.457
R M Belém	Total	234.199	460.277	634.323
	Individual ou Familiar	38.638	183.461	284.435
	Coletivo empresarial	40.806	136.958	231.170
	Coletivo por adesão	16.727	79.116	87.701
	Coletivo não identificado	1.099	311	3
	Não informado	136.929	60.431	31.014
R M Manaus	Total	151.066	305.362	653.459
	Individual ou Familiar	10.671	48.709	77.983
	Coletivo empresarial	31.670	212.257	544.658
	Coletivo por adesão	6.861	28.018	23.472
	Coletivo não identificado	233	580	2
	Não informado	101.631	15.798	7.344

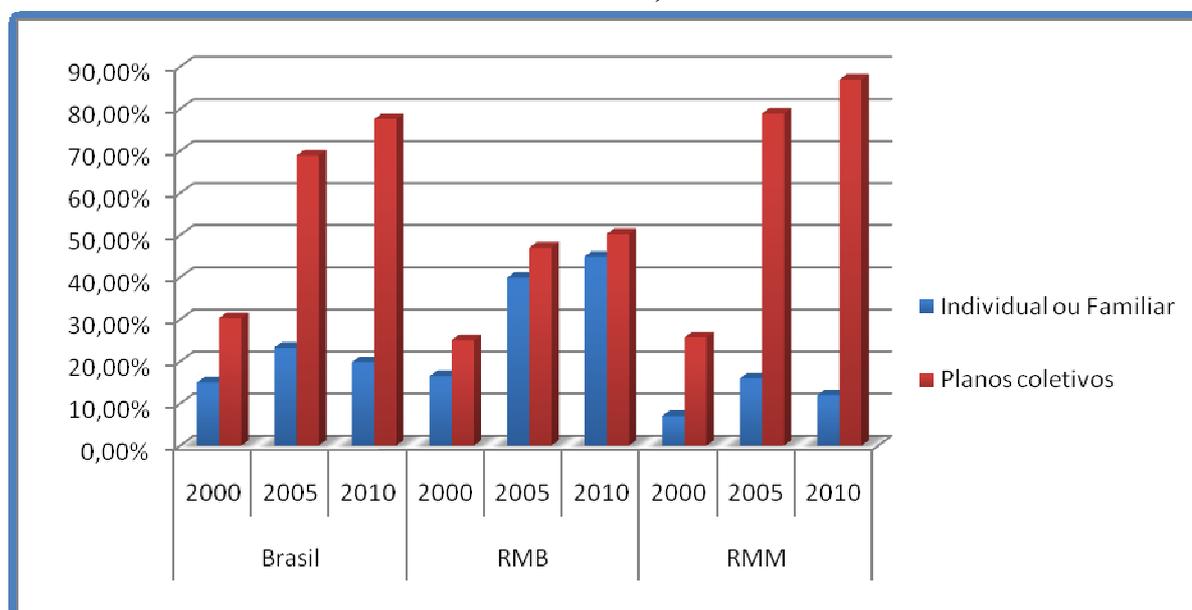
Fonte: Elaborada pelo autor a partir de dados do Sistema de Informação de Beneficiários – SIB/ANS/MS 07/2011 (ANS, 2011). Consulta ao site da ANS em out/2011.

Nota: O termo “beneficiário” refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

Os números impressionam. Enquanto no Brasil, o número de usuários de planos coletivos representam, em dezembro de 2005 e 2010, respectivamente 68,89% e 77,52% do total de usuários e na RM de Manaus representam 78,88% e 86,94% do total, na RMB os usuários de planos coletivos representam apenas 47,01% em 2005 e 50,27% em 2010, do total de usuários na região. Trata-se de uma especificidade dos planos de saúde da RMB serem em grande parte planos adquiridos via contrato individual/familiar.

O Gráfico 5, que distribui percentualmente os usuários de planos por tipo de contratação no Brasil, na RMB e na Região Metropolitana de Manaus (RMM) ilustra bem essa diferença.

Gráfico 5 - Distribuição percentual dos usuários de planos individuais/ familiares e coletivos (empresarias ou por adesão) no Brasil, Região Metropolitana de Belém (RMB) e Região Metropolitana de Manaus (RMM). Períodos selecionados (mar.2000, dez.2005 e dez.2010).



Fonte: Elaborada pelo autor a partir de dados do Sistema de Informação de Beneficiários – SIB/ANS/MS 07/2011 (ANS, 2011). Consulta ao site da ANS em out/2011.

Trata-se de uma relação entre planos coletivos e individuais na RMB que vem mantendo uma proporção constante. Como exemplo, nos anos entre 2005 e 2010 os usuários de planos coletivos sempre representaram por volta de 50% (2005:47%; 2006:48,9%; 2007:50,4%; 2008:48,3%; 2009:49% e 2010:50,3%) do total enquanto o número de usuários de planos individuais ou familiares vem tendo uma pequena elevação nesse mesmo período (39,9%; 41,6%; 42%; 45,2%; 45,4% e 44,8%). Essa característica, específica da RMB, é diferente da encontrada no Brasil e em outra metrópole da região (Manaus). Na região Norte, são 70,75% de usuários de planos coletivos e 25,6% de planos individuais ou familiares.

Algumas outras regiões metropolitanas selecionadas permitem destacar essa especificidade da RMB. Com dados de dezembro de 2010, na RM de São Luís 68,3% são usuários de planos coletivos e 27,1% individuais; na Grande Teresina, 65,2% são usuários de planos coletivos e 33,6% de planos individuais; na RM de Fortaleza, que tem um grande número de usuários de planos (1.341.454), 59% são de planos coletivos e 40% de planos individuais. Proporção aproximada à da RM de Belém foi encontrada em Macapá (AP) em que os usuários de planos coletivos representam 49% e os de planos individuais 45,4%.

A pesquisa não permite especificar todos os fatores que interferiram nessa conformação específica do tipo de contratação de planos e seguros de saúde na RMB. No entanto, dois aspectos se destacam e podem ser considerados importantes:

1º) A configuração econômica e social específica da Região Metropolitana de Belém. O setor industrial, por exemplo, não tem um peso importante, relativamente, na economia da região. Conforme dados para o Brasil da PNAD-Saúde 2008 (IBGE, 2010a, p. 43), em que relaciona a distribuição dos titulares das famílias por tipo e forma de acesso ao plano (de assistência ao servidor público, de empresa privada através do trabalho e de empresa privada pago diretamente ao plano), são os titulares que trabalham em atividades na indústria que apresentam o maior índice de vinculação a plano coletivo (79,8%) ou plano de empresa privada acessado através do trabalho, como denomina o IBGE.

Com peso relativo importante das atividades comerciais, de serviços e do trabalho informal, a RMB estabeleceu condições próprias ao desenvolvimento de um mercado de planos individuais ou familiares. Mas esse fator isoladamente não seria suficiente para explicar a característica do tipo de contratação de planos e saúde da RMB apresentada acima.⁴¹

2º) Um outro fator importante foi o surgimento e expansão da UNIMED de Belém, cooperativa de médicos para a prestação de serviços de saúde. O crescimento dessa empresa esteve em grande parte pautado na oferta de planos individuais ou familiares. Ela é a principal operadora de planos e seguros da RMB (como será detalhado posteriormente) tanto em número de usuários como em valor financeiro movimentado. O peso e a ação dessa empresa no momento de expansão do mercado de planos e seguros de saúde na RMB ajudou a conformar os dados apresentados acima.

A esses dois fatores específicos se somam os outros já apresentados anteriormente, no início desse capítulo, como fatores importantes na expansão dos planos e seguros de saúde nos anos 2000. Como apresentado no capítulo anterior, na análise do desenvolvimento dos serviços de saúde no Brasil, sem a compreensão da forma concreta como se dá a acumulação capitalista, no geral e em cada setor especificamente, a apreensão das características específicas do mercado de serviços suplementares em saúde na RMB ficaria incompreensível. A conformação desse mercado, para a abordagem neoclássica, seria resultado de vontades individuais (dos empresários, dos usuários, dos gestores públicos), sem compreender que essas “vontades” estão absolutamente limitadas pelas condições econômico-sociais

⁴¹ O porte das empresas na RMB, independente do setor, é também um fator específico da configuração econômica da região que interfere no peso dos planos individuais/familiares em relação aos coletivos.

determinadas pelo padrão específico de organização do capital e da ação das classes em cada conjuntura específica.

Em resumo, condições econômicas e sociais propícias e capital instalado em condições de valorização no setor suplementar de serviços de saúde são razões com peso importante na conformação do quadro específico quanto ao tipo de contratação de planos/seguros de saúde na RMB. Fatores que coadunam-se com os pressupostos que explicam o surgimento e desenvolvimento dos serviços privados em saúde no Brasil, conforme demonstrado no capítulo anterior.

4.4.2 Os planos de saúde da RMB por modalidade empresarial de contratação.

O peso expressivo das cooperativas médicas, principalmente da UNIMED de Belém, nos planos de saúde impacta o mercado conforme expressam os dados apresentados abaixo, que distribuem os usuários de planos/seguros de saúde na RMB por modalidade empresarial de contratação.

Tabela 16 - Usuários de planos/seguros de saúde por modalidade de contratação na Região Metropolitana de Belém. Períodos seccionados (dez.2000 a dez.2010)

Modalidade	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Autogestão	55.310	58.746	64.930	61.139	59.707	56.276
Cooperativa Médica	97.851	123.226	165.611	210.068	280.241	325.875
Filantropia	22.370	22.845	20.818	23.979	24.153	24.952
Medicina de Grupo	52.383	98.241	168.318	102.898	95.466	78.634
Seguradora Esp. em Saúde	15.496	18.746	15.622	11.134	12.242	16.598
Coop. Odontológica	6.155	45.823	56.738	81.606	84.525	87.059
Odontologia de Grupo	2.698	5.616	11.297	7.880	14.971	44.929
TOTAL	252.263	373.243	503.334	498.704	571.305	634.323

Fonte: Elaborada pelo autor a partir de dados do Sistema de Informação de Beneficiários – SIB/ANS/MS 07/2011 (ANS, 2011). Consulta ao site da ANS em out/2011.

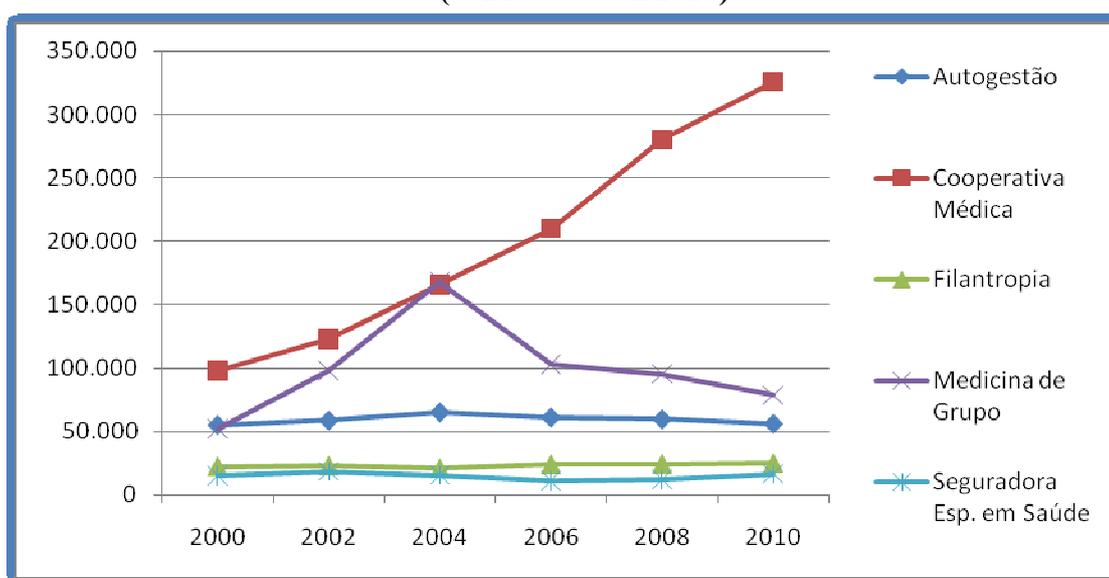
A Tabela 16 permite verificar como nos primeiros anos da década passada (2000 a 2004) o setor de medicina de grupo e o das cooperativas médicas travaram uma disputa pelo mercado. Chegaram a se equiparar no número de usuários em 2004. A partir da 2ª metade dos anos 2000, o setor de cooperativas médicas (que é hegemônico pela UNIMED de Belém) se torna o principal em número de usuários, consolidando-se como modalidade hegemônica no setor no final dos anos 2000. Enquanto o segmento de medicina de grupo, com 52 mil usuários em 2000, vai a quase 170 mil em 2004 e cai para aproximadamente 78 mil em 2010,

as cooperativas médicas sobem de aproximadamente 98 mil em dezembro de 2000 até 325 mil em 2010, numa evolução constante no número de usuários. As empresas de autogestão, as filantrópicas e as seguradoras especializadas em saúde praticamente não alteram o número de usuários nos anos 2000.

Destaca-se ainda nos dados apresentados o crescimento no número de usuários de planos de saúde odontológicos na RMB. De 8.853 usuários em dezembro de 2000 chegam a 131.988 usuários em dezembro de 2010. Um crescimento em dez anos de 1.391%!

No Gráfico 6, com a evolução das empresas de assistência médica (sem as odontológicas), é possível verificar mais claramente a disputa pelo mercado e a consolidação da modalidade *cooperativa médica* entre os usuários de planos de saúde na RMB.

Gráfico 6 - Usuários de planos/seguros de saúde de empresas de assistência médica por modalidade de contratação na Região Metropolitana de Belém. Períodos seccionados (dez.2000 a dez.2010)



Fonte: Elaborada pelo autor a partir de dados do Sistema de Informação de Beneficiários – SIB/ANS/MS 07/2011 (ANS, 2011). Consulta ao site da ANS em out/2011.

4.4.3 Os planos de saúde na RMB por época de contratação, abrangência geográfica e segmentação.

Quanto à época de contratação dos planos, que podem ser antigos (anteriores à vigência da Lei Nº 9656/98) ou novos (posteriores à vigência da Lei Nº 9656/98), os usuários de planos/seguros de saúde na RMB em dezembro de 2010, estão divididos assim: planos antigos 12,12% (76.866) e planos novos 87,88% (557.457). Nos planos antigos, por decisão judicial, vale o que está nos contratos entre as operadoras de planos e seguros de saúde e os

usuários, enquanto que nos planos novos prevalece o que está na Lei Nº 9656/98, questão que interfere principalmente na cobertura de determinados serviços. A maior parte dos planos antigos limitavam o número de consultas ou internações, excluía a cobertura de doenças preexistentes ou congênitas, incluindo AIDS e câncer, não cobriam doenças infecto-contagiosas ou epidemias, excluía a cobertura de órteses ou próteses, os tratamentos de fisioterapia eram excluídos ou limitados, não cobriam tratamento de distúrbios visuais, cirurgias para obesidade mórbida, procedimentos psiquiátricos, excluía em geral os transplantes e raramente cobriam tratamentos de quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e transfusão. A cobertura desse conjunto de procedimentos passou a ser obrigatório a partir da Lei Nº 9.656/98.

Quanto à abrangência geográfica, os planos de saúde estão distribuídos por abrangência nacional, grupo de estados, estadual, grupo de municípios e municipal. Em março de 2000, os usuários de planos/seguros de saúde da RMB estavam distribuídos da seguinte forma: abrangência nacional, 27,20%; grupo de estados, 6,68%; estadual, 1,44%; grupo de municípios, 4,1%; municipal, 2,26% e *outras abrangências ou não informado* 58,36% número elevado que distorce a informação. Já em dezembro de 2005 os usuários estão distribuídos assim: abrangência nacional, 44,25%; grupo de estados, 10,34%; estadual, 2,80%; grupo de municípios, 14,95%; municipal, 14,14% e *outras abrangências ou não informado* 13%. Em dezembro de 2010 a distribuição já é essa: abrangência nacional, 44,45%; grupo de estados, 13,63%; estadual, 0,74%; grupo de municípios, 28,67%; municipal, 7,62% e *não informado* 4,88%.

Destaca-se, nos dados acima, uma elevação no período no número de usuários com planos de abrangência por *grupo de municípios*, o número reduzido de planos *estaduais* e a manutenção constante (quase a metade dos usuários) de planos *nacionais*. Entre 2005 e 2010 amplia-se os usuários de *grupo de municípios* e reduz-se os usuários de planos por *município*, detectando-se uma tendência à procura e a oferta na RMB de planos que cobrem toda a região metropolitana e os que tem uma abrangência nacional.

Quanto à segmentação a grande maioria dos usuários de planos/seguros de saúde na RMB, em dezembro de 2010, estão nos planos hospitalares e ambulatoriais (69,21%) e odontológicos (21,38%). Os que são de planos apenas ambulatoriais (0,2%) ou apenas hospitalares (2,28%) representam uma pequena parcela dos usuários. Há ainda 2,05% de usuários em planos *referência*⁴² e 4,88% *não informado*.

⁴² É a modalidade mais ampla de plano e que garante a assistência ambulatorial, hospitalar e obstétrica em todo o território brasileiro, com padrão de acomodação enfermária.

4.4.4 Resumo das características dos planos de saúde na RMB.

A pesquisa possibilitou resumir as características principais dos planos/seguros de saúde na RMB no final dos anos 2000.

De forma diferente do restante do Brasil e de grande parte das regiões metropolitanas, há na RMB um peso expressivo na vinculação individual/familiar dos usuários aos planos/seguros de saúde, em relação à vinculação coletiva, em função das características socioeconômicas específicas da RMB e da conformação própria do capital no setor, estando nesse fato também a explicação de que a principal modalidade de planos é a cooperativa médica. Os planos são majoritariamente *novos* (posteriores ou adaptados à Lei nº 9656/98), de abrangência predominantemente *nacional* ou por *grupo de municípios* e a segmentação principal é a *hospitalar/ambulatorial*, com uma evolução constante nos anos 2000 no número de usuários de planos *odontológicos*.

Apresentado o quadro dos usuários e dos planos/seguros de saúde é o momento da análise das operadoras que atuam no mercado de serviços em saúde na Região Metropolitana de Belém, que será estudado a seguir.

4.5 OPERADORAS DE PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE NA RMB.

4.5.1 Operadoras de planos e seguros de saúde com sede ou usuários na RMB.

Apenas treze operadoras de planos de saúde com sede na Região Metropolitana de Belém tinham registro ativo na Agência Nacional de Saúde Suplementar em julho de 2011. O quadro abaixo lista as doze operadoras (sede na RMB) com registro ativo na Agência Nacional de Saúde Suplementar, e o respectivo número de usuários na mesma data (a 13ª, operadora Saúde da Família Assistência Médica e Hospitalar, não possuía beneficiários registrados em julho de 2011). O fato de algumas dessas OPS (três delas) ter um reduzido número de usuários, expressa estratégia de mercado (opção por não comercialização), dificuldades de comercialização ou outras razões que demandam análise mais específica.

Tabela 17 - Operadoras com beneficiários e registro ativo na ANS, com sede na Região Metropolitana de Belém. Julho de 2011.

Nº do Registro na ANS e Razão Social da Operadora	Benef. Assist. Médica	Benef. Excl. Odont.	Benef. Total	% do total da RMB
303976-UNIMED DE BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	288.642	0	288.642	86,59%
336220-CAIXA DE PREV. E ASSIST. AOS FUNCIONÁRIOS DO BANPARÁ	92	0	92	0,03%
344877-CANP SAUDE S/S LTDA	8.538	0	8.538	2,56%
358754-CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BASA – CASF	8.199	0	8.199	2,46%
368555-UNIODONTO COOPERATIVA DE TRABALHO ODONTOLÓGICOS	0	87.437	87.437	100,00%
370258-PROTEÇÃO MÉDICA S/S LTDA	817	0	817	0,25%
384054-BENEFICENCIA NIPO-BRASILEIRA DA AMAZONIA	6.293	0	6.293	1,89%
406554-ASSOCIAÇÃO ADVENTISTA NORTE BRAS. DE PREV. E ASSIST. SAÚDE.	19.326	0	19.326	5,80%
411434-ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DO FISCO ESTADUAL	7	0	7	0,00%
412490-LÍDER COMÉRCIO E INDÚSTRIA LTDA.	1.431	0	1.431	0,43%
415081-PORTO DIAS SAUDE LTDA.	16	0	16	0,00%
416088-PLUS ODONTO WORLD ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA	0	2	2	0,00%
TOTAL OPS DA RMB	333.361	87.439	420.800	100%

Fonte: Elaborada pelo autor a partir de dados do Cadastro de Operadoras – CADOP/ANS/MS 07/2011 e Sistema de Informação de Beneficiários – SIB/ANS/MS 07/2011 (ANS, 2011). Consulta ao site da ANS em nov. 2011.

Das doze operadoras com sede e usuários na RMB, duas são cooperativas médicas; quatro são medicina de grupo; quatro são autogestão e duas são filantrópicas. Essas são apenas as operadoras com sede e usuários na RMB. Do total de usuários de planos e seguros de saúde na RMB em junho de 2011 (642.474), 65% são usuários de operadoras com sede na Região Metropolitana de Belém e 35% de operadoras com sede fora da RMB.

A Tabela 18 relaciona as 20 maiores operadoras de assistência médica e as 10 principais de assistência odontológica com beneficiários na RMB, independente de suas sedes, em julho de 2011. Destaca-se o fato de que a segunda maior operadora de planos de saúde (assistência médica) com usuários na RMB é a OPS Hapvida Assistência Médica Ltda, com sede em Fortaleza (CE), com mais de 44 mil usuários. O mesmo se dá entre as OPS odontológicas. Das dez maiores OPS com usuários na RMB (assistência médica), cinco tem sede em outras regiões do país, reforçando a tese de expansão do capital aplicado ao setor suplementar de serviços em saúde para regiões outrora periféricas nesse mercado.

Tabela 18 - Operadoras (independente da sede) com maior número de usuários na Região Metropolitana de Belém. Julho de 2011.

POSIÇÃO NA LISTA, REGISTRO NA ANS E RAZÃO SOCIAL DAS OPERADORAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA		Usuários na RMB
1	303976-UNIMED DE BELÉM COOP. DE TRABALHO MÉD	288.642
2	368253-HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	44.001
3	406554-ASSOCIAÇÃO ADVENTISTA NORTE BRAS. DE PREV.	19.326
4	339679-CENTRAL NACIONAL UNIMED	13.643
5	323080-GEAP FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL	11.441
6	005711-BRADESCO SAÚDE S/A	11.325
7	344877-CANP SAUDE S/S LTDA	8.538
8	358754-CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNC. DO BASA - CASF	8.199
9	346659-CAIXA DE ASSIST. DOS FUNC. BANCO DO BRASIL - CASSI	7.318
10	384054-BENEFICENCIA NIPO-BRASILEIRA DA AMAZONIA	6.293
11	326305-AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	5.801
12	324213-UNIMED NORTE/NORDESTE CONF. DAS SOC.	5.142
13	412384-AMIL PLANOS POR ADMINISTRAÇÃO LTDA	4.995
14	353761-EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS	4.935
15	324477-CAIXA DE PREV. E ASSIST. DOS SERV. DA FNS- CAPESESP	4.131
16	000701-UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A	3.588
17	302872-AMIL SAÚDE S.A.	3.169
18	366871-PETRÓLEO BRASILEIRO S.A.- PETROBRAS	2.948
19	366145-UNIMED SUL DO PARA COOPERATIVA DE TRABALHO	2.832
20	312924-CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	2.625
POSIÇÃO NA LISTA, REGISTRO NA ANS E RAZÃO SOCIAL DAS OPERADORAS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA		Usuários na RMB
1	368555-UNIODONTO COOP. DE TRABALHO ODONTOLOGICO	87.437
2	301949-ODONTOPREV S/A	27.026
3	412163-DENTALVIDA REP E ADM DE SERVICOS ODONTOLOGICOS	13.050
4	380041-PRODENT - ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA.	3.193
5	310981-ODONTO EMPRESA CONVENIOS DENTARIOS LTDA.	1.607
6	368253-HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	1.585
7	326305-AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	1.012
8	406481-METLIFE PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA.	893
9	414492-LIFE EMPRESARIAL SAÚDE LTDA.	877
10	344583-FEDERAÇÃO DAS UNIODONTOS DO ESTADO DE MG	838

Fonte: Elaborada pelo autor a partir de dados do Cadastro de Operadoras – CADOP/ANS/MS 07/2011 e Sistema de Informação de Beneficiários – SIB/ANS/MS 07/2011 (ANS, 2011). Consulta ao site da ANS em nov. 2011.

4.5.2 As receitas e despesas das operadoras de planos de saúde da RMB.

A análise das receitas e despesas dos planos de saúde da RMB possibilita uma maior compreensão da expansão do capital no setor e permite identificar melhor as características desse crescimento na região.

Os dados são da ANS que vem coletando e gerenciando essas informações desde 2001 através do Sistema de Cadastro de Operadoras (Cadop), do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde (Diops) e do

Formulário de Informações Periódicas (FIP). As informações são apresentadas divididas em três grandes grupos:

a) *receita de contraprestações*, que corresponde à soma das receitas informadas pelas operadoras à ANS;

b) *despesa administrativa*, que corresponde à soma das despesas não relacionadas à prestação direta dos serviços de assistência à saúde, informadas pelas operadoras à ANS e;

c) *despesa assistencial*, que corresponde à soma das despesas relacionadas à prestação direta dos serviços de assistência à saúde, informadas pelas operadoras à ANS.

As operadoras da modalidade *autogestão* passaram a informar suas receitas e despesas obrigatoriamente a partir de 2007. Além disso, algumas operadoras não informaram ou informaram limitadamente (não o fazendo em alguns anos) essas informações à ANS. Por essa razão, os dados apresentados abaixo, estão subestimados em relação ao que efetivamente foi movimentado em capital nesse setor específico, mas, mesmo assim, possibilitam uma aproximação maior do objeto pesquisado permitindo ver a ampliação do setor na RMB. E como essa limitação não é apenas para a RMB mas para os dados de todo o Brasil, permite a comparação dessa região com os dados do país.

Na Tabela 19, sempre a partir dos dados informados pelas operadoras à ANS, estão as receitas e despesas das operadoras de planos de saúde com sede na RMB.

Tabela 19 - Receitas de contraprestações, despesas administrativas e despesas assistenciais das operadoras de planos de saúde com sede na RMB, em R\$. 2001 a 2010.

Ano	Receita	Desp.Administrativa	Desp.Assistencial
2001	144.779.234	44.626.262	111.658.316
2002	166.454.544	42.387.634	125.941.208
2003	207.843.971	60.572.989	164.611.528
2004	264.927.904	61.418.330	221.887.523
2005	333.697.919	49.824.117	269.194.310
2006	376.730.559	63.580.734	307.161.988
2007	431.023.164	119.947.258	349.098.617
2008	521.377.336	126.758.858	429.395.762
2009	545.225.386	141.964.237	460.512.566
2010	646.818.609	133.304.646	521.745.249

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados da ANS (CADOP, DIOPS e FIP, ANS, 2011). Consulta ao site em 22/11/2011.

Os dados da tabela 19 permitem acompanhar a evolução das receitas e despesas das operadoras com sede na RMB. Constata-se, no período de dez anos, uma ampliação em 347%

das receitas, 199% das despesas administrativas e 367% das despesas com assistência à saúde. A evolução das receitas acompanhou as despesas assistenciais enquanto que as despesas administrativas cresceram menos que os outros dois itens.

Essa evolução é superior ao crescimento das receitas e despesas do conjunto de operadoras de planos e seguros de saúde no Brasil. Levando-se em conta as informações das operadoras de todo o país, as receitas cresceram 235% entre 2001 e 2010 (22,3 para 74,6 bilhões de reais), as despesas administrativas 207% (de 3,8 para 11,8 bilhões de reais) e as despesas assistências subiram 240% (17,6 para 60 bilhões de reais).

É um dado a mais que demonstra que a expansão do capital ligado ao setor suplementar de serviços de saúde nos anos 2000 para regiões com menor desenvolvimento industrial e econômico, como é o caso da RMB, foi uma alternativa à maior ocupação desse setor em regiões mais industrializadas e desenvolvidas economicamente. O excesso de capital no setor, aliado às condições econômicas da última década, permitiram a expansão desse mercado nos anos 2000 para áreas menos ocupadas nos anos 1980 e 1990. É um movimento de continuação da expansão verificada nas décadas anteriores e concentradas nos pólos econômicos e industriais nacionais, agora para regiões menos desenvolvidas.

Verifica-se que, mesmo com a igual distribuição proporcional entre receitas e despesas na RMB e no Brasil, o crescimento das receitas e das despesas assistenciais na RMB foi bem maior do que no Brasil nos anos 2000 (receitas: 347% na RMB e 235% no Brasil; despesas assistenciais: 367% na RMB e 240% no Brasil), enquanto que as despesas administrativas cresceram de forma similar (199% na RMB e 207% no Brasil). A taxa de crescimento do capital que circula na saúde suplementar na RMB foi maior do que no Brasil, o que indica que essa região viveu (nos anos 2000), um processo de expansão capitalista nesse mercado específico, mais dinâmico do que a média do país.

Essa expansão pode ser vista por outra ótica. A parcela que a receita das operadoras com sede na RMB representa em relação à receita das operadoras do Brasil cresceu de 0,65% em 2001 para 0,87% em 2010 (acontecendo o mesmo com as despesas assistenciais: 0,63% para 0,87% no mesmo período). Já as despesas administrativas das operadoras da RMB mantiveram o mesmo peso relativo às operadoras de todo o Brasil nos anos 2000: 1,16% em 2001 para 1,13% em 2010.

Enquanto a média nacional de crescimento das receitas das operadoras por ano na década passada foi de 14%, na Região Metropolitana de Belém a receita das operadoras cresceu em média 18% ao ano. Destaque nas receitas das operadoras com sede na RMB para os anos de 2003 a 2005 com crescimento superior a 25% ao ano!

O crescimento maior dos planos e seguros de saúde nas regiões Norte e Nordeste, fato identificado na pesquisa, foi recentemente destacado pela mídia. O jornal Folha de São Paulo, em edição de 18/12/2011, destacou que os dez estados com maior alta percentual no número de beneficiários ficam nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Na matéria o jornal apresentou a enorme expansão da operadora Hapvida (a 2ª em número de beneficiários na RMB e que atua apenas nas regiões Norte e Nordeste) que “vai fechar 2011 com faturamento de R\$ 900 milhões e carteira de 1,2 milhão de clientes, ante 100 mil a dez anos atrás.” (FOLHA DE SÃO PAULO, 2011a).

A taxa de expansão do capital aplicado ao setor suplementar de saúde na RMB não é desprezível, muito pelo contrário, estimula o movimento de atração de capitais para o setor, tanto pelas taxas maiores do que a expansão média no Brasil, como também atrai capitais aplicados a outras esferas que vêm no setor suplementar de serviços de saúde na RMB uma opção atrativa para obtenção de lucros. Mantidas as condições gerais de reprodução do capital, e como ainda haveria espaço para crescer, com fatias de mercado a ser ocupado, a tendência seria de expansão desse setor do mercado na RMB, pelos próximos anos.

No entanto, é fundamental verificar nos dados apresentados, o fato de que o ano de 2009, tanto no Brasil como na RMB, apresentou a menor taxa de crescimento nas receitas: 8% no Brasil e 5% na RMB. Mesmo no ano que sofreu mais intensamente os efeitos da crise geral que o mundo vive (2008/2009) o setor não deixou de crescer. Porém, esse crescimento foi muito inferior a qualquer outro período da década. O prolongamento e a ampliação da crise geral que vive o capitalismo a partir do final dos anos 2000, possibilidade com grandes probabilidades de acontecer como analisado no Capítulo 2, obscurece e contradiz o que poderia ser uma “tranquila”⁴³ possibilidade de expansão desses capitais, e anuncia um período de intensificação da concorrência no setor com menores taxas de crescimento (ou até mesmo taxas negativas). Em alguns países da Europa (Grécia, Portugal, Itália, Espanha), em função da crise geral já instalada, diminui o número de usuários de planos privados, aumentando a demanda pelos serviços públicos de saúde, situação que fica mais tensa em razão dos cortes nas despesas públicas realizados pelos governos desses países para reduzir as perdas dos grandes capitais investidos por lá.

Essa é uma outra característica a ser acompanhada nos próximos anos. Uma crise de maiores proporções na formação econômico-social brasileira ampliará o movimento popular

⁴³ Entre aspas porque a concorrência capitalista nunca é totalmente tranquila e sim um jogo de vida e morte entre os capitais, na busca de manterem e ampliarem suas taxas de lucro, e assim sobreviverem. Mas, nos momentos de crise, essa concorrência se torna muito mais acirrada.

por uma saúde pública com qualidade e em condições de atender uma população de usuários em expansão, deslocados do mercado suplementar em razão da perda de empregos, diminuição da renda etc., efeitos gerais de todas as crises. Se o SUS já não consegue atender em boas condições a demanda atual de usuários, como será então com uma rápida expansão dessa demanda?

Em resumo, há uma tendência nos próximos anos a aprofundar as contradições tanto entre os capitais na luta por um mercado em redução como entre os usuários e o Estado, usuários esses que passarão novamente a ter que usar o SUS como opção de serviços de saúde e se chocarão com dificuldades maiores que as já existentes. Dificuldades amplificadas pelos cortes nos gastos públicos que o Estado deverá realizar para tentar salvar os capitais em crise, caso não haja uma mudança política de maiores proporções.

4.5.3 Relação entre operadoras de planos de saúde e os estabelecimentos de saúde na RMB.

Aprofundando o estudo sobre a saúde suplementar na Região Metropolitana de Belém, a pesquisa analisou os estabelecimentos de saúde existentes na RMB e sua utilização, discriminando esses estabelecimentos por financiador dos serviços. Essa informação auxilia a destacar a estrutura dos serviços de saúde, sua utilização e seus financiadores, facilitando dimensionar o espaço ocupado pelas operadoras de planos de saúde na oferta dos serviços de saúde. Para levantar essas informações a principal fonte foi a Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), realizada em 2009 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, em conjunto com o Ministério da Saúde (IBGE, 2010c). A AMS 2009 investigou os estabelecimentos de saúde em todo o país com o objetivo de “revelar o perfil da capacidade instalada em saúde no Brasil e a formação de um cadastro atualizado dos estabelecimentos de saúde” (IBGE, 2010c, p. 9).

Para esclarecer o conceito utilizado na pesquisa, estabelecimento de saúde é o

Estabelecimento que presta assistência à saúde individual ou coletiva, com um mínimo de técnica apropriada, segundo critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, para atendimento rotineiro à população, quer seja ele público ou privado, com ou sem fins lucrativos, em regime ambulatorial ou de internação, incluindo os estabelecimentos que realizam exclusivamente serviços de apoio à diagnose e terapia e controle regular de zoonoses (IBGE, 2010c, p. 155).

De acordo com a pesquisa AMS 2009, existiam na RMB naquele ano 514 estabelecimentos de saúde sendo 380 em Belém, 84 em Ananindeua, 24 em Marituba, 17 em

Benevides e 9 em Santa Bárbara do Pará. Do total de 514 estabelecimentos de saúde da RMB, 60 são com internação (estabelecimentos com acomodação para no mínimo 24h), 332 sem internação (apenas atendimento ambulatorial ou de emergência) e 122 de apoio à diagnose e terapia (para elucidação de diagnósticos e tratamentos específicos). Desse total, 187 são públicos e 327 privados. Dos estabelecimentos de saúde públicos (187), 16 são com internação, 168 sem internação e 3 de apoio à diagnose e terapia. Dos privados (327), 44 são com internação, 164 sem internação e 119 de apoio à diagnose e terapia. Entre os estabelecimentos privados que prestam serviços ao SUS (94 no total), 25 são com internação, 16 sem internação e 53 de apoio à diagnose e terapia.

Destaca-se que os estabelecimentos de saúde privados são 63,6% do total de estabelecimentos com internação e 97,5% dos que dão apoio à diagnose e terapia. Na oferta dos serviços de saúde existentes na RMB há uma concentração do capital privado aplicado em serviços com internação e os de exames (laboratórios) ou tratamentos específicos e um predomínio da esfera pública nos estabelecimentos sem internação (50,6%), tais como postos de saúde. Além disso, do total de estabelecimentos de saúde privados com internação, 56,8% atendem ao SUS.

No Brasil, os estabelecimentos de saúde públicos representam 55,3% e os privados 44,7%. Entre os estabelecimentos com internação 41,3% são públicos e 58,7% privados; dos sem internação 69,8% são públicos e 30,2% privados e dos estabelecimentos de apoio à diagnose e terapia, 9,2% são públicos e 90,8% privados.

A pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2009 identificou ainda as modalidades de prestação de serviços oferecidos segundo o agente financiador o que possibilita informações

[...] sobre consultas, internações e serviços de apoio à diagnose e terapia, segundo a modalidade financiadora (Sistema Único de Saúde - SUS, Particular e Planos de Saúde), como também leitos e equipamentos que estão disponíveis ao SUS. A discriminação destas variáveis permite classificar os estabelecimentos privados que têm algum vínculo com o SUS, os particulares e conveniados, identificando a oferta dos serviços, segundo a modalidade de atendimento. (IBGE, 2010c, p. 18).

O quadro abaixo relaciona os estabelecimentos de saúde da RMB por agente financiador do serviço. Como não são excludentes (um estabelecimento pode atender por mais de uma modalidade financiadora) os totais extrapolam o número de estabelecimentos de saúde na RMB. Segundo o agente financiador os estabelecimentos podem ser financiados: a) pelo SUS, quando o estabelecimento é público ou presta serviços ao SUS; b) plano próprio,

quando o estabelecimento possui ou é de propriedade de um plano ou seguro de saúde; c) plano de terceiros, quando atende a usuários de planos ou seguros de saúde mas é administrado por terceiros e; d) particular, quando atende a usuários particulares mediante pagamento direto (IBGE, 2010c, p.159).

Tabela 20: Estabelecimentos de saúde, por financiador do serviços, no Brasil, no Pará e nos municípios da Região Metropolitana de Belém – 2009.

BRASIL, PARÁ E RMB.	Estabelecimentos de saúde, por financiador de serviços.			
	SUS	Plano próprio	Plano terceiros	Particular
BRASIL	63.184	2.604	33.414	40.128
PARÁ	2.300	42	460	664
ANANINDEUA	64	3	26	38
BELEM	168	22	226	265
BENEVIDES	17	0	1	2
MARITUBA	21	0	2	5
SANTA BARBARA	9	0	0	0
RMB	279	25	255	310

Fonte: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2009 – IBGE. Consulta ao site em 22/11/2011.

Por um lado, os dados da Tabela 20 demonstram o peso que o SUS ainda tem no financiamento dos serviços em saúde. Por outro, mostram a dimensão que o financiamento privado dos serviços em saúde ocupou tanto na RMB como no Brasil, com destaque para os planos e seguros de saúde como financiadores de estabelecimentos de saúde. Do total de estabelecimentos de saúde da RMB (514), 54,3% fazem referencia ao SUS como financiador de serviços, atrás dos pagamentos diretos de particulares com 60,3% e um pouco à frente dos planos de saúde através de terceiros com 49,6% ou dos planos próprios com 4,9%.

Como comparação, do total de estabelecimentos de saúde existentes no Brasil em 2009 (94.070), 67,2% citam o SUS como agente financiador, seguido pelo pagamento direto (particular) com 42,7%, os planos de saúde com 35,5% e os planos próprios com 2,8%. O peso (financiamento) dos estabelecimentos através do pagamento direto (particular) e dos planos de saúde na RMB é maior que a média do Brasil como se pode ver.

4.5.4 Unimed de Belém, a maior operadora de planos de saúde na RMB.

O crescimento do mercado da saúde suplementar na RMB foi em grande parte absorvido pela expansão da operadora Unimed de Belém Cooperativa de Trabalho Médico. A Unimed de Belém foi fundada em 28 de abril de 1981, inicialmente com 21 médicos e atuação limitada à capital do Pará (UNIMED, 2011). Faz parte do complexo Unimed do Brasil junto a

outras 355 UNIMEDs, complexo este com 11 milhões de usuários e 80 mil médicos cooperados, distribuídos por todo o território nacional. A Unimed de Belém, conforme Resolução Operacional N° 118 de 27/02/2003 da ANS, esteve sob Regime Especial de Direção Fiscal⁴⁴ no período de 27/02/2003 a 26/02/2004.

A Tabela 21 apresenta o crescimento das receitas e despesas da Unimed de Belém nos anos 2000.

Tabela 21: Receitas de contraprestações, despesas administrativas e despesas assistenciais da operadora Unimed de Belém Cooperativa de Trabalho Médico, em R\$. 2001 a 2010.

Ano	Receita	Desp.Administrativa	Desp.Assistencial
2001	94.035.897	28.300.607	73.016.466
2002	112.231.071	23.558.979	79.117.256
2003	139.118.307	39.044.493	100.773.795
2004	174.644.441	20.253.089	148.241.872
2005	218.916.453	23.822.554	183.623.940
2006	268.601.123	29.787.751	224.815.802
2007	331.127.247	40.678.196	280.408.176
2008	412.839.732	41.577.829	362.603.116
2009	428.363.406	49.462.362	377.202.271
2010	526.664.320	59.562.924	439.253.739

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados da ANS (CADOP, DIOPS e FIP. ANS, 2011). Consulta ao site em 22/11/2011.

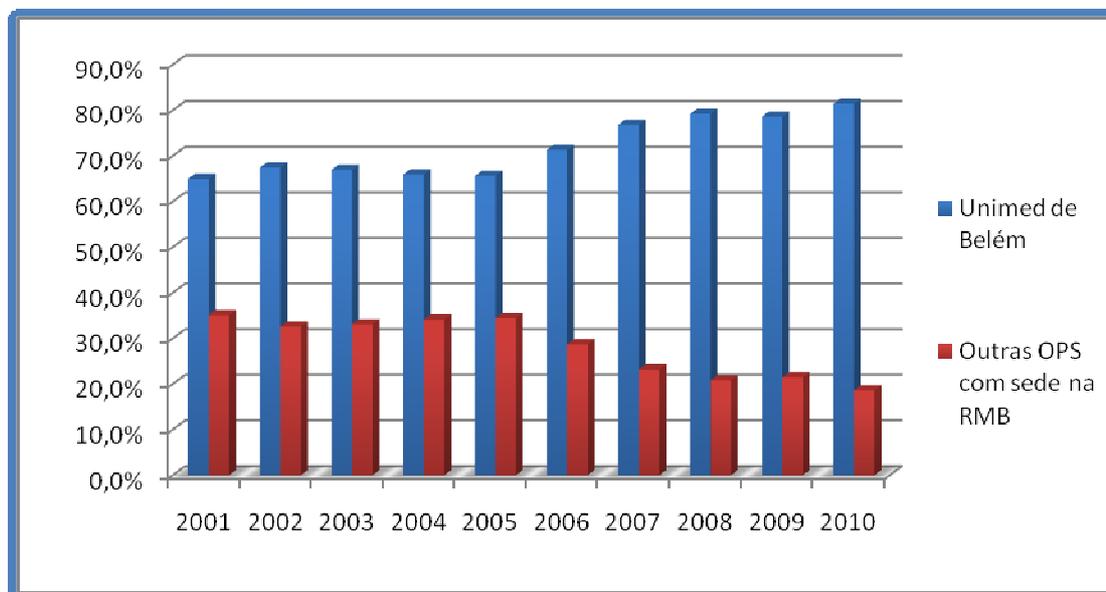
O crescimento da Unimed de Belém nos anos 2000 foi expressivo. A média anual de aumento das receitas foi de 21%. Com exceção de 2002, em que cresceu 19%, e 2009 com 4%, em todos os outros anos a receita subiu mais de 23% ao ano! Entre 2001 e 2010 a receita dessa operadora cresceu 460% (enquanto a média da RMB foi de 347% e a do Brasil 235%) e suas despesas assistenciais se elevaram em 502% no mesmo período (na RMB foi 367% e no Brasil 240%).

Esse crescimento, maior que a média das operadoras com sede na RMB, fez com que a Unimed de Belém ampliasse sua fatia no mercado de saúde suplementar em relação às outras operadoras com sede na mesma região. O Gráfico 7 demonstra esse crescimento

⁴⁴ Instituída pela Resolução Normativa N° 52, de 14 de novembro de 2003, o Regime Especial de Direção Fiscal deve ser instaurado sempre que a ANS detectar anormalidades administrativas ou econômico/financeiras de natureza grave tais como: atraso no pagamento de fornecedores, desequilíbrio atuarial da carteira, evasão excessiva de beneficiários, rotatividade da rede credenciada, ativo total em valor inferior ao passivo exigível, insuficiência de recursos garantidores, entre outros. O Regime é suspenso quando as anormalidades são corrigidas ou a operadora é liquidada.

relacionando o percentual das receitas da Unimed de Belém ao das outras operadoras de planos e seguros de saúde, com sede na RMB, no período de 2001 a 2010.

Gráfico 7 - Evolução percentual das receitas de contraprestações da OPS Unimed de Belém e de outras OPS com sede na RMB. 2001 a



2010.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados da ANS (CADOP, DIOPS e FIP. ANS, 2011). Consulta ao site em 22/11/2011.

Representando em 2001, 65% das receitas das operadoras com sede na RMB a Unimed de Belém salta para 81,4% em 2010 enquanto que a receita das outras OPS caem de 35% em 2001 para 18,6% em 2010. Ampliou-se, em relação às outras OPS de planos de saúde com sede na RMB, a fatia ocupada pela Unimed de Belém o que se expressa também no número de usuários dessa operadora em relação às outras da RMB. Em julho de 2011 os usuários da Unimed de Belém representam 69% do total de usuários de planos de saúde de OPS com sede na RMB e, levando-se em conta apenas as operadoras de assistência médica (exclusive as odontológicas), esse percentual sobe para 87% do total.

Pelos números apresentados, reforça-se a hipótese de expansão do capital ligado ao mercado suplementar de serviços de saúde para regiões periféricas como a RMB. Mostra ainda que essa expansão, no caso específico da RMB, vem apresentando características de concentração do capital em torno da OPS Unimed de Belém, que vem conseguindo taxas de crescimento (tanto em receitas e despesas como no número de usuários) maior que as outras OPS da região.

Quanto à qualidade dos serviços prestados pela Unimed de Belém a pesquisa analisou os dados do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) de 2010, indicador

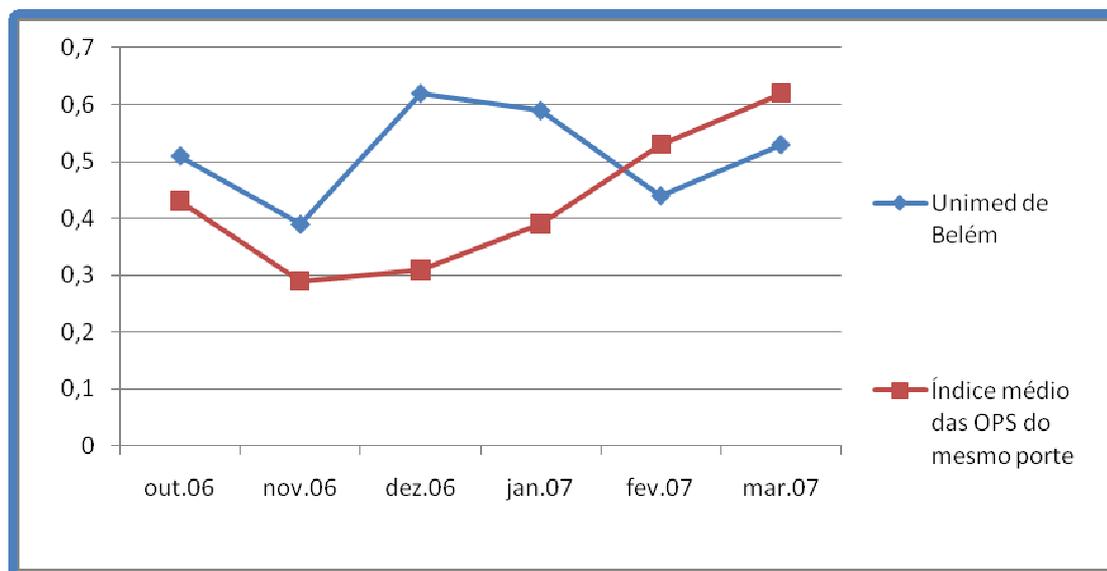
desenvolvido pela ANS para avaliação das operadoras de planos e seguros de saúde, no âmbito do Programa de Qualificação das Operadoras.

Esse índice avalia as operadoras a partir de quatro dimensões: a *Atenção à Saúde*, a situação *Econômico-financeira*, a *Estrutura e Operação* e a *Satisfação do Beneficiário* (ANS, 2010, p. 17). De acordo com o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar – Qualificação de Operadoras, “cada uma dessas dimensões possui um peso na formação da pontuação final da operadora, sendo 50% para Atenção à Saúde, 30% para Econômico-Financeira, 10% para Estrutura e Operação e 10% para Satisfação do Beneficiário” (ANS, 2010, p. 34). A operadora recebe, após a avaliação, uma nota que se encaixa entre cinco faixas: 0,00 a 0,19; 0,20 a 0,39; 0,40 a 0,59; 0,60 a 0,79 e 0,80 a 1,00. Quanto mais próximo de 1,00, melhor o desempenho da operadora.

Conforme consulta ao IDSS (ANS, 2011a), em 23/11/2011, no item *Atenção à Saúde*, que “mede processos e práticas realizados pela operadora de planos de saúde para favorecer o acesso necessário e facilitado aos serviços de saúde e o atendimento qualificado, integral e resolutivo dos consumidores” a Unimed de Belém pontuou entre 0,60 e 0,79. Quanto à *Estrutura e Operação*, que avalia “atributos e dimensões da proficiência, desempenho, estrutura e operação das operadoras de planos de saúde, com impacto sobre o nível de saúde dos beneficiários” a Unimed de Belém tirou nota entre 0,80 e 1,00. Já na dimensão *Econômico-Financeira* em que a ANS acompanha o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde e onde “elas precisam comprovar com garantias financeiras que possuem equilíbrio suficiente para atender com qualidade e de forma contínua a seus consumidores” a Unimed de Belém pontuou apenas na faixa entre 0,20 e 0,39. Finalmente, no quesito *Satisfação dos Beneficiários*, em que se mede “o quanto as expectativas e necessidades dos beneficiários dos planos de saúde vendidos por essa empresa são atendidas” e onde se “verifica os motivos da satisfação ou de insatisfação com os serviços prestados” a nota da Unimed de Belém foi 0,40 e 0,59. A nota final da Unimed de Belém está situada na faixa intermediária, entre 0,40 e 0,59 e preocupante foi sua nota na dimensão *Econômico-Financeira* (0,20 a 0,39), conforme os dados do IDSS. Ou seja, é uma operadora *regular* no geral e *insuficiente* quanto ao aspecto econômico-financeiro.

A ANS mede também o Índice da Reclamações das Operadoras. A fórmula desse indicador é $IR = (R/B) \times 10.000$, onde IR é o Índice de Reclamações, R é o número de reclamações e B o número de beneficiários. Os índices levantados para a Unimed de Belém e o índice médio das operadoras do mesmo porte é apresentado no Gráfico 8.

Gráfico 8 - Índice de reclamações da OPS Unimed de Belém e de outras OPS do mesmo porte. Nov/2010 a abr/2011.



Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados do Índice de Reclamações da ANS (2011b). Consulta ao site em 22/11/2011.

Das 104 operadoras de grande porte no Brasil (operadoras com mais de 100 mil usuários), analisadas pelo Índice de Reclamações da ANS, a Unimed de Belém está (abril de 2011) em 29º lugar. Em 2010, entre essas mesmas 104 operadoras, a Unimed de Belém foi a 20ª em reclamações dos usuários (ANS, 2011b).

O caso da Unimed de Belém confirma a informação adiantada no Capítulo 3, de que as cooperativas médicas de serviços de saúde, afastaram-se de seu objetivo inicial de resistência à expansão das empresas médicas e contrárias ao assalariamento dos médicos, passando a gerenciar os recursos de forma semelhante à medicina de grupo, posição já adiantada por Hesio Cordeiro (1984, p.71). Notícia publicada no jornal Folha de São Paulo de 12/08/2011 mostra, a partir de declarações do presidente da Unimed do Brasil, Eudes Freitas, que o grupo pretende investir R\$300 milhões até 2012 para inaugurar 12 novos hospitais próprios e ultrapassar 120 unidades. Na época do surgimento das UNIMEDs, era proibido em seus estatutos a cooperativa adquirir hospitais e contratar, ou assalariar, médicos, enfermeiros, dentistas etc.

A lógica que determina a reprodução do capital foi mais forte que os valores dos fundadores e dirigentes das UNIMEDs e impôs as transformações estatutárias permitindo a essa cooperativa empresarial atuar no mercado como um grupo capitalista qualquer, funcionando a partir da lógica que determina os movimentos do capital em busca de valorização. Como dizia Marx:

[...] o desenvolvimento da produção capitalista faz do contínuo aumento do capital investido numa empresa industrial uma necessidade e a concorrência impõe a todo capitalista individual as leis imanentes do modo de produção capitalista como leis coercitivas externas. Obriga-o a ampliar seu capital continuamente para conservá-lo, e ampliá-lo ele só o pode mediante acumulação progressiva. (MARX, 1988, v. I, t. 2, p. 163).

É a necessidade de acumulação do capital que determina os movimentos dos capitalistas e não o contrário. Marx já mostrava que “apenas na medida em que é capital personificado, tem o capitalista valor histórico” (1988, v. I, t. 2, p. 163) e as cooperativas das UNIMEDs tornaram-se personificações do capital aplicado ao mercado de serviços de saúde suplementar e, é importante salientar, saíram-se muito bem na concorrência capitalista. O crescimento das UNIMEDs comprova essa afirmação.

4.5.5 Resumo das características das operadoras de planos de saúde na RMB.

As treze operadoras de planos de saúde com sede na RMB respondem por 65% dos usuários de planos da região. A evolução anual das receitas e das despesas assistenciais dessas OPS no período dos anos 2000 é superior à média nacional e expressa a expansão do capital aplicado no setor para regiões com menor ocupação pelas OPS de planos e seguros de saúde em períodos anteriores. As receitas e despesas assistenciais das OPS na RMB cresceram em média 18% (no Brasil foi de 14%), com destaque para os anos 2003 a 2005 com crescimento superior a 25% ao ano. O baixo crescimento em 2009 (5%) indica o peso que a crise geral do capitalismo pode significar para o setor.

A importância dos planos de saúde como agente financiador dos estabelecimentos de saúde na RMB já é similar ao do SUS, mostrando a dimensão que o setor já atingiu. Consolidou-se na RMB um setor capitalista de oferta de serviços de saúde com um peso tão importante quanto o setor estatal de serviços de saúde.

Entre as operadoras de planos de saúde da RMB há uma hegemonia da Unimed de Belém, que representa 81% das receitas dessas operadoras, e já possui 69% dos usuários da região, também entre as OPS com sede na RMB. A qualidade dos serviços prestados pela Unimed de Belém, conforme dados da ANS, é regular, preocupando sua situação econômico-financeira, com resultado abaixo da média. É ainda uma operadora com um alto índice de reclamações entre as outras do mesmo porte, tendo sido a 20ª em número de reclamações em 2010, entre todas as OPS do Brasil.

4.6 FORÇA DE TRABALHO NA SAÚDE SUPLEMENTAR DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM: OS MÉDICOS.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) em conjunto com o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp) elaboraram, sob a coordenação do Doutor Mario Scheffer, a pesquisa *Demografia Médica no Brasil* com a intenção de fazer um “diagnóstico lógico e consequente da população médica no Brasil, elencando suas principais características e indicando as fragilidades que devem ser combatidas para o fortalecimento da atenção em saúde no país” (SCHEFFER et al., 2011, p. 7).

Objetivando “evidenciar a desigualdade à qual profissionais e usuários estão expostos” (p. 7) o trabalho do CFM/Cremesp trouxe, entre os dados divulgados, informações sobre o perfil demográfico dos médicos, a distribuição geográfica e a presença nos setores público e privado da saúde. Concluem os autores que “não faltam médicos de forma generalizada no Brasil, porém a concentração é desigual, determinada pelo mercado, pela concentração de renda, pelas disparidades regionais e pela distribuição das especialidades médicas.” (p. 10).

Evidenciando a alteração da prática médica no Brasil, saindo do exercício liberal (em que os médicos trabalhavam nos locais, horários e remuneração determinada por eles) para a atuação em organismos públicos ou privados, o trabalho identifica que se intensificaram os mecanismos de intervenção privada ou do Estado sobre a profissão médica.

Os dados divulgados não estão disponíveis para a Região Metropolitana de Belém. Mas como estão apresentados para a capital do Pará, Belém, servem como uma aproximação da distribuição dos postos de trabalho médico entre os serviços de saúde na região. Além disso, como a atuação do médico é central para a oferta dos serviços de saúde, os dados possibilitam identificar a distribuição da força de trabalho no setor, revelando ainda a profunda desigualdade social a que a população da RMB (e de todo o país) está sujeita quanto ao acesso aos serviços de saúde. É ainda uma importante indicação do desenvolvimento de uma contradição entre as operadoras de planos e seguros de saúde e dessa força de trabalho fundamental para a oferta dos serviços de saúde: o médico⁴⁵.

Na pesquisa realizada pelo CFM/Cremesp, apresentou-se a distribuição geográfica dos médicos registrados por mil habitantes. No Brasil, a média é de 1,95 médicos para cada

⁴⁵ No dia 21/09/2011 médicos de todo o país paralisaram suas atividades para cobrar reajustes nos honorários pagos pelos planos de saúde em continuidade a movimento iniciado em abril de 2011. O movimento foi organizado pela Associação Médica Brasileira (AMB), Federação Nacional dos Médicos (Fenam) e Conselho Federal de Medicina (CFM). Informações da Agencia Brasil (2011).

mil habitantes; no Pará, segunda pior relação médico/habitante do Brasil, a razão é 0,83 (só maior que a do Maranhão: 0,68). Em Belém essa relação é de 3,09 médicos a cada mil habitantes, a 15ª na lista das capitais do país. Na capital do Pará são 4.181 médicos registrados (SCHEFFER et al., 2011, p. 32).

Como a imensa maioria dos médicos acumulam o atendimento em consultório a pacientes de planos ou particulares e um vínculo público ou privado, a informação sobre os postos de trabalho médico auxilia no estudo do setor. No Brasil são 3,33 postos de trabalho médico para cada mil habitantes; no Pará 1,64 (mantendo-se na penúltima posição à frente do Maranhão com 1,31) e em Belém são 5,11 postos de trabalho médico a cada mil habitantes, com um total de 6.902 postos (15ª posição).

Será nos dados sobre a distribuição dos médicos entre os setores público e privado que ficará evidenciada a enorme desigualdade existente entre os usuários de planos e seguros de saúde e usuários do SUS. A Tabela 22 resume esses dados.

Tabela 22 - Postos de trabalho em estabelecimentos público/privado, relação com população usuária SUS/ privado e posição relativa no país.

Estabelecimentos	Região	Postos de trabalho	Relação (1.000 hab.)	Posição
SUS	Brasil	281.481	1,95	-
	Pará	6.112	0,89	27º
	Belém	2.585	2,75	16º
Privado	Brasil	354.536	7,6	-
	Pará	6.328	8,58	14º
	Belém	4.317	10,46	15º

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de tabelas da pesquisa Demografia Médica no Brasil (SCHEFFER et al., 2011).

Obs. 1 – Postos de trabalho a partir de dados da AMS/IBGE - 2009.

Obs. 2 – Relação de usuários do SUS: população geral (IBGE, 2010) menos população de planos de saúde de assistência médica (ANS, 2011).

Os usuários de planos de saúde em Belém tem 3,8 vezes mais postos de trabalho médico à disposição do que os usuários do SUS, usuários esses que são 2,28 vezes maiores (em números absolutos) que os de planos/seguros de saúde. Os postos de trabalho médico à disposição dos usuários de planos de saúde em Belém são 67% a mais que os postos à disposição dos usuários do SUS.

Com desigualdade tão marcante, a pesquisa do CFM/Cremesp desenvolveu um Indicador de Desigualdade Público/Privado (IDPP) auxiliando na visualização das “diferenças na oferta de médicos entre usuários do SUS e os clientes de planos de saúde” (p. 44). O indicador relaciona a razão *postos de trabalho médico ocupado em estabelecimento privado*

por 1.000 habitantes sobre a razão postos de trabalho médico ocupado em estabelecimento público por 1.000 habitantes. Quanto maior o resultado mais postos de trabalho médico no setor privado do que no setor público (e vice-versa) sempre em relação à população de cada setor específico.

O IDPP de Belém é 3,80. É a 10^a capital em índice de desigualdade (a 1^a é Salvador, com 6,77 de IDPP). O IDPP do Brasil é 3,90, o da Região Norte 5,26 e apenas quatro capitais tem um IDPP menor que 1 que significa uma quantidade maior de postos em estabelecimentos públicos do que privados (Manaus com 0,94; São Paulo com 0,93; Vitória com 0,62 e Rio de Janeiro com 0,59).

Os dados da distribuição dos médicos indicam que o processo de expansão da saúde suplementar aponta no sentido do aprofundamento de pelo menos dois níveis de contradição: a) a contradição entre usuários do SUS e a oferta limitada desses serviços, que o número reduzido de médicos do SUS comparado ao dos planos, expressa e b) a contradição entre os médicos e os planos e seguros de saúde que os contratam. A lógica imposta pela concorrência capitalista e pela necessária valorização do capital aplicado, leva as operadoras de planos e seguros de saúde buscar cortar despesas, incluindo os honorários médicos, como as paralisações dessa categoria em 2011 comprovam.

Apresentado nesse capítulo o quadro específico da saúde suplementar na Região Metropolitana de Belém, a partir das quatro dimensões selecionadas (usuários, planos, operadoras e força de trabalho) é possível agora, nas Considerações Finais a seguir, destacar as características principais desse setor na RMB, as determinações centrais de sua expansão e algumas possíveis tendências a esse mercado, sempre relacionados à conjuntura mundial (a nova divisão internacional do trabalho), nacional (a reconfiguração da formação econômico-social brasileira) e seus desdobramentos nessa região.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O quadro da saúde suplementar na Região Metropolitana de Belém, apresentado no Capítulo 4, comprovou a expansão do setor nos anos 2000, configurando-se como um mercado consolidado de oferta de serviços privados de saúde através de planos ou seguros. Verificou-se como é fundamental, para a exposição e compreensão desse quadro, a análise da reprodução capitalista no geral (no mundo, no Brasil e na região), apresentada no Capítulo 2, assim como as determinações históricas que moldaram a situação atual, destacadas no Capítulo 3.

Extrapolando os objetivos iniciais pretendidos, a pesquisa apresenta uma análise da nova divisão internacional do trabalho, em suas características principais, e de seus desdobramentos na reconfiguração da formação econômico-social brasileira, incluindo a manutenção do caráter de enclave ao padrão do desenvolvimento na Região Amazônica. Para a compreensão dessa conjuntura, retomou-se e apresentou-se, de uma perspectiva crítica, conceitos fundamentais tais como o de *Estado*, o de *imperialismo*, o de *crise no capitalismo* e o de *supercapitalização*. Realizou-se ainda um estudo histórico das ações em saúde (públicas e privadas) no Brasil.

Apresenta-se agora, como considerações finais, as características do mercado de serviços suplementares de saúde na Região Metropolitana de Belém, as principais determinações (conjunturais e históricas) de seu desenvolvimento e algumas tendências possíveis ao setor.

5.1 CARACTERÍSTICAS DO MERCADO DE SERVIÇOS SUPLEMENTARES DE SAÚDE NA RMB.

Verificou-se que por volta de 30% da população residente na RMB é usuária de planos/seguros de saúde, destacando-se uma relação positiva entre o aumento da renda e a proporção de cobertos por planos/seguros de saúde (quanto maior a renda, maior a proporção de usuários e maior os gastos com planos/seguros de saúde). Considerando-se apenas a renda e as despesas das famílias, há potencial para a expansão desse mercado, já que uma fatia importante dos residentes da RMB ainda não é usuária de planos/seguros de saúde e possuiria renda suficiente para tê-lo, pois, parte da população com renda similar é usuária. No entanto, outros fatores interferem nessa possibilidade de crescimento, principalmente a expansão ou retração capitalista mais geral e seus desdobramentos na região, detalhados mais a frente. A

expansão do setor na RMB nos anos 2000 sofreu em sua dinâmica (número de usuários, receitas e despesas etc.) a influência do quadro econômico mais geral, com ampliação nos anos de maior crescimento econômico e vice-versa, a exemplo da retração do mercado em 2009, ano dos efeitos mais profundos da crise geral da reprodução capitalista atual.

Demonstrando como se mantém o subsídio público ao setor privado de planos/seguros de saúde, entre outros exemplos apresentados, com peso proporcional menor que o de épocas passadas mas ainda com importância relevante, 20% dos atendimentos de usuários de planos/seguros de saúde na RMB (que utilizam mais os serviços do que os não usuários de planos), foram feitos pelo SUS ou mediante pagamento particular. A pesquisa mostrou também que amplia-se a consolidação ideológica de que quem tem plano está melhor coberto do que quem não tem, expressa nos dados apresentados pelo IBGE sobre a autoavaliação do estado de saúde.

Quanto à conformação específica dos planos na RMB, destaca-se o peso excessivo, em comparação com os dados do Brasil e de outras regiões metropolitanas, na vinculação individual/familiar dos usuários aos planos/seguros de saúde, em relação à vinculação coletiva. Essa característica tem relação com o padrão socioeconômico específico da RMB, com pequeno peso da indústria em sua base econômica em comparação com as atividades de comércio e serviços, além da conformação própria do capital no setor, estando nesse fato também a explicação de que a principal modalidade de planos é a cooperativa médica. Esse é um ponto que deveria ser desenvolvido em estudos complementares, aprofundando a análise dessa característica específica dos planos na RMB, revelada na pesquisa, bem como em trabalhos comparativos do perfil do mercado na RMB com a configuração dos tipos de planos em outras regiões do país. Possibilitaria aprofundar a compreensão da relação entre o desenvolvimento econômico específico de determinada região e o perfil assumido pelo mercado de serviços em saúde suplementar.

Na análise das operadoras de planos de saúde com sede e usuários na RMB, confirma-se a consolidação e a expansão desse mercado, com crescimento acima da média nacional, expresso no volume de recursos movimentados, no número de usuários cobertos e na importância do setor como agente financiador de serviços. A média das receitas e despesas assistenciais das OPS da RMB nos anos 2000 cresceu 28,5% acima que a média nacional (18% na RMB para 14% no Brasil). A pesquisa comprovou a expansão maior e mais rápida do capital no setor de serviços suplementares em saúde na RMB que na média nacional, fato que começa a ser destacado na mídia, como demonstrado. Revela-se uma provável tendência de saturação das regiões/mercados mais concentradas do país (Sul e Sudeste) e expansão do

capital para novas regiões, o que poderá ser comprovado em estudos posteriores analisando tanto o crescimento desse setor no Norte, Nordeste e Centro-oeste, como em regiões no interior do Brasil.

A pesquisa dimensionou e demonstrou a hegemonia da operadora Unimed de Belém entre suas congêneres na RMB, movimentando 81% das receitas dessas operadoras, com 69% dos usuários da região (entre as OPS da região metropolitana). Mostrou ainda que a qualidade dos serviços prestados pela Unimed de Belém é *regular*, conforme avaliação da ANS (preocupando sua situação econômico-financeira), e que esteve (em 2010) entre as 20 operadoras (do mesmo porte) com maior número de reclamações. O crescimento da Unimed de Belém, que em conjunto com a operadora Hapvida Assistência Médica Ltda possuem mais da metade dos usuários de planos/seguros de saúde na RMB (assistência médica ou odontológica), indicam a possibilidade de estudos acerca da concentração do capital no setor, com possível tendência de monopolização da prestação desses serviços.

Finalizando o resumo das características, a distribuição dos médicos entre os setores público e privado na RMB, evidenciou a profunda desigualdade existente no acesso aos serviços de saúde. Os usuários de planos de saúde em Belém tem 3,8 vezes mais postos de trabalho médico à disposição do que os usuários do SUS, que são em quantidade 2,28 vezes maiores que os usuários de planos/seguros de saúde. Além disso, existem 67% mais postos de trabalho médico à disposição dos usuários de planos de saúde em Belém do que os postos à disposição dos usuários do SUS. Essa expansão da força de trabalho na saúde suplementar reforça a contradição entre os serviços oferecidos e os usuários do SUS, com poucos médicos por usuário, concomitante com a ampliação das contradições entre a força de trabalho e as empresas de planos/seguros de saúde, como expressaram as mobilizações de médicos em 2011, relatadas na pesquisa.

5.2 DETERMINAÇÕES PRINCIPAIS DA SAÚDE SUPLEMENTAR NA RMB.

As mesmas razões que levaram à expansão dos planos de saúde no Brasil, nos anos 2000, influenciaram a expansão do setor na Região Metropolitana de Belém. São elas:

- 1) Existência de capital com possibilidade de aplicação (supercapitalização como resultado da crise/excesso de capital dos anos 1970). Ampliou-se, com a nova divisão internacional do trabalho, o volume de capital que “transborda” da esfera produtiva e busca em outras esferas (financeira, serviços etc.) possibilidade de valorização, impulsionando as alterações jurídicas, políticas e ideológicas necessárias à essa reprodução (incluindo as

transformações no próprio exercício da medicina e da oferta desses serviços). A crise geral do capitalismo mundial, mais aberta a partir de 2008, pode alterar essa situação.

2) Condições jurídico-políticas adequadas para a valorização desse capital, principalmente após a contrarreforma do Estado consolidada nos anos 1990, com destaque para a regulação do setor que criou regras à reprodução do conjunto dos capitais desse mercado, assim como o surgimento das agências reguladoras, garantia do compromisso do Estado com seu novo “padrão” de atuação na área. Há uma nova forma de inserção e subsídios do Estado ao setor suplementar, mantendo os estímulos à valorização dos capitais aí aplicados, a exemplo dos incentivos fiscais a empresas do setor, financiamentos pelo BNDES, dedução no imposto de renda de usuários, contratação direta de operadoras pelo Estado ou pelas estatais, ressarcimento das despesas com planos a servidores públicos federais, complementaridade do SUS ao setor suplementar nos procedimentos mais complexos, campanhas sanitárias que beneficiam usuários de planos etc.

3) Momento de expansão capitalista mundial e a melhor adaptação e integração (em comparação com os anos 1980 e 1990) da formação econômico-social brasileira à nova divisão internacional do trabalho, com as consequentes transformações no mercado de trabalho e na renda. O final dos anos 1990 e, principalmente, os anos 2000, representaram um momento de maior estímulo à integração (dominada) da formação econômico-social brasileira reconfigurada (fundamentalmente para fornecer produtos primários), na divisão internacional do trabalho, gerando efeitos internos como a ampliação na geração de empregos e de renda (com correlata ampliação da taxa de mais-valia ou taxa de exploração, interna, como demonstrado no final do Capítulo 3), possibilitando a valorização dos capitais aplicados internamente, inclusive na saúde suplementar. Esse fator encontrou um limitante na crise geral aberta (e que se aprofunda) a partir de 2008.

4) Existência de capital acumulado no setor suplementar de saúde, em razão das políticas previdenciárias e estatais nas décadas passadas. As políticas do Estado para a saúde, principalmente via apoio à medicina privada com recursos da Previdência Social, como demonstrado no Capítulo 3, permitiram o surgimento, a ampliação e a consolidação do setor privado de oferta de serviços nessa área. Os planos/seguros de saúde receberam sua dose de estímulo principalmente a partir dos convênios entre a Previdência Social, as empresas médicas e as indústrias (inicialmente as montadoras de automóveis), a partir dos anos 1960, em conjunto com outras iniciativas como as isenções fiscais às operadoras “filantrópicas”, a legislação beneficiando as seguradoras em saúde, o estímulo estatal às empresas de “autogestão” no setor etc. Esse “impulso” inicial à valorização dos capitais aplicados nesse

setor permitiu sua relativa “independência” principalmente a partir dos anos 1980/1990, consolidada nos anos 2000.

5) Conformação específica dos serviços públicos em saúde e do SUS, com todos os limitantes à sua efetiva implementação. Direitos instituídos porém não efetivados, podem significar um estímulo à inserção e valorização de capitais aplicados a determinado setor (como exemplo, o crescimento das opções privadas de serviços em saúde e educação). Os limites à efetivação do SUS “empurraram” para os planos/seguros de saúde um contingente expressivo de usuários. O fenômeno da “universalização excludente” (mesmo com os limites na análise de seus formuladores) chamou a atenção a esse fato, como demonstrado no Capítulo 3.

6) Existência de um mercado razoavelmente desenvolvido para o consumo desses serviços. Algumas das determinações analisadas (ampliação da renda em função da melhor integração do Brasil no mundo, os limites à efetivação do SUS, a consolidação ideológica da vantagem de ser ter um plano/seguro de saúde) consolidaram um mercado consumidor a esses serviços, que ainda se apresenta em expansão.

7) Consolidação ideológica estabelecida de que o serviço de saúde oferecido pelo setor suplementar é superior em qualidade e facilidade de acesso ao oferecido pelo SUS. Comprova-se em pesquisas realizadas e apresentadas nesse trabalho, que relacionam ser usuário de plano/seguro de saúde a ter ou atingir um estado de saúde melhor. Expressa também o recuo na luta de classes nas últimas décadas, característica mais geral da formação econômico-social brasileira, exemplificado na dificuldade em efetivar direitos já instituídos, como o caso do SUS.

Em conjunto com essas determinações, três outras, específicas da RMB, explicam no fundamental o perfil que a saúde suplementar assumiu nessa região, conforme apresentado ao longo do trabalho:

1) O padrão específico de desenvolvimento da RMB, com baixo nível de industrialização e ausência de grandes empreendimentos econômicos, predominando na economia da região o setor de serviços, comércio, construção civil e a economia informal. Esse desenvolvimento específico altera a influencia da RMB na região, que é principalmente de “centro urbano relacional” (TRINDADE JÚNIOR, 2006). Tal fato interfere no perfil do mercado de saúde suplementar que, entre outras resultantes, terá um número expressivo de vinculação individual ou familiar dos usuários aos planos de saúde, em comparação com o Brasil e com outras regiões metropolitanas com maior peso industrial. O porte das empresas

na RMB é um outro fator do padrão de desenvolvimento da região que influencia essa expansão dos planos individuais/familiares.

2) A característica específica da forma assumida pelo capital aplicado ao setor na RMB, com peso expressivo das cooperativas médicas, principalmente a Unimed de Belém, interferiu na conformação desse mercado. Essa operadora optou (provavelmente levando em conta as características do mercado na RMB) pelo estímulo à contratação individual/familiar aos planos. A análise mais a fundo do surgimento e ampliação da Unimed de Belém apresenta-se como outra possibilidade importante de estudos futuros, permitindo compreender melhor os movimentos do capital (inclusive nessa forma específica: cooperativa empresarial) na saúde suplementar.

3) O mercado da RMB nos anos 2000 apresentava dimensão ideal para receber a expansão capitalista do setor dirigida a novas áreas do país, ou seja, suficientemente grande (com mercado, infraestrutura, capital local) e relativamente “desocupado” para permitir a valorização desses capitais. A Região Metropolitana de Belém, cujo mercado de serviços em saúde suplementar era pouco desenvolvido nas décadas anteriores (1980 e 1990), assistiu ao *boom* do setor nos anos 2000, comprovando-se a hipótese de expansão do capital aplicado a esse setor para concentrações urbanas periféricas em relação ao eixo das metrópoles do Sul/Sudeste.

É possível agora, apresentada as características e determinações principais do setor suplementar da saúde na RMB, apontar algumas prováveis tendências a esse mercado.

5.3 ALGUMAS TENDÊNCIAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR DA RMB.

5.3.1 Possibilidades de expansão do mercado.

As determinações ao crescimento desse mercado, apresentadas acima, continuam exercendo sua influência. Existe capital em excesso (como expressão da crise estrutural que vive o capitalismo), o arcabouço jurídico-político está enraizado e cresce no sentido de apoio às iniciativas desse setor, existe capital aplicado ao setor para investimento, o SUS continua apresentando varias limitações que dificultam sua real e efetiva implementação, há mercado que pode ser incorporado e continua o bombardeio ideológico acerca das vantagens da iniciativa privada nos serviços de saúde. A crise geral instalada no sistema capitalista mundial é um fato que poderá alterar esse quadro.

No caso específico da RMB, como os dados mostram, há um potencial de crescimento do mercado em direção principalmente à população das camadas médias (com renda entre 1 a 5 s.m.), tendo em vista que o extrato superior da população da RMB está em grande parte já coberto pelos planos de saúde. Mais de 1 milhão de residentes da RMB poderiam, levando-se em conta apenas critérios de renda, inserir-se no mercado de planos de saúde.

Um outro fator, que poderia indicar expansão do setor, é o fato de que as receitas das operadoras na RMB ainda estão, no final dos anos 2000, em média, superiores à da média no país, o que exerce um efeito de atração de capitais em busca de maiores taxas de lucro (com todas as influencias na superestrutura que esse fato acarreta).

5.3.2 Possibilidades de retração do mercado.

A mais importante possibilidade de alteração no sentido que o mercado de serviços de saúde vem apresentando, com possível retração, é a crise geral do modo de produção capitalista que vem impactando as economias de todo o mundo, principalmente desde 2008. O excesso de capital aplicado das mais diversas formas não tem conseguido encontrar uma alternativa constante para a manutenção das taxas de lucro, o que significa retração na produção industrial do mundo todo e, com maior intensidade, em várias formações econômico-sociais dominantes (Europa, EUA etc.). Há superprodução de capital, com a correlata superprodução de mercadorias, e cada vez menos capacidade de consumo que garanta a realização desse capital e sua conseqüente valorização. Além disso, os governos encontram-se profundamente endividados em razão dos movimentos que fizeram para salvar a economia nos últimos anos (que significou tentar salvar os bancos, as grandes empresas etc.) aproximando-se o limite de uma crise institucional, com a falência não mais dos bancos, mas dos governos.

A expressiva queda nas receitas das operadoras de planos de saúde em 2009, em relação às receitas de 2008, serve como uma indicação do que uma crise de maiores proporções na formação econômico-social brasileira pode significar para o setor. Mesmo o Brasil tendo sentido bem menos os efeitos da crise de 2008, em comparação com outros países, seu aprofundamento agora é motivo de enorme preocupação ao Estado e aos capitais aplicados no país, preocupação que se justifica tendo em vista a profundidade da integração dominada da formação brasileira à economia mundial, resultado da reconfiguração levada a cabo principalmente a partir dos anos 1990. Impõe-se assim o acompanhamento dos

desdobramentos da crise geral no mercado de serviços em saúde suplementar, verificando possíveis tendências como redução dos movimentos do capital no setor, diminuição no número de usuários, expansão da procura ao SUS etc. No caso da RMB, a grande concentração dos usuários de planos em uma única operadora que, conforme avaliação da ANS, apresenta limitações econômico-financeiras, pode ser um fator a mais de preocupação.

Além disso, a crise tem como contrapartida imediata o aprofundamento das contradições, que as políticas sociais implementadas nos períodos de crescimento econômico conseguem, de certa forma, arrefecer. Essa intensificação dos movimentos de contestação social já são verificados em grande parte do mundo (Grécia, Portugal, Espanha, EUA, Reino Unido, países árabes etc.) e dão seus primeiros sinais no Brasil com a ampliação nos últimos anos das greves e reivindicações de trabalhadores de várias categorias. Somente um intenso movimento popular de contestação, que uma crise em grandes proporções pode ser o estopim, poderá criar as condições políticas para uma alteração do sentido que predominou até hoje as ações públicas em saúde, sentido esse que fundamentalmente beneficiou o capital privado aplicado ao setor, criando então alternativas que não passem pela intensificação dos serviços de saúde como possibilidade de valorização capitalista. Alternativas que sejam efetivamente uma mudança rumo a uma saúde pública verdadeiramente universal, integral e equitativa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

AGÊNCIA BRASIL. *Paralisação dos médicos de planos de saúde chega a 100 mil, diz associação*. [S.l.:s.n.], 2011. Disponível em <<http://agenciabrasil.etc.com.br/noticia/2011-09-21/paralisacao-dos-medicos-de-planos-de-saude-chega-100-mil-diz-associacao>>. Acesso em 05 jan. 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. *Programa de qualificação da saúde suplementar - qualificação das operadoras*. Rio de Janeiro: ANS, 2010.

_____. *Dados e indicadores do setor*. [S.l.:s.n.], 2011. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em 05 jan. 2012.

_____. *Índice de desempenho da saúde suplementar – IDSS*. [S.l.:s.n.], 2011a. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/programa-ans-de-qualificacao-das-operadoras>>. Acesso em 05 jan. 2012.

_____. *Índice de reclamações de operadoras*. [S.l.:s.n.], 2011b. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/indice-de-reclamacoes>>. Acesso em 05 jan. 2012.

ALBUQUERQUE, C. et al. A situação atual do mercado de saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. São Paulo: ABRASCO, v. 13, n. 5, 2008.

ALENCAR, M. M. T; GRANEMANN, S. Ofensiva do capital e novas determinações do trabalho profissional. *Rev. Katál*. Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 161-169, jul./dez., 2009.

ALEXANDRINO, P; PAULO, V. *Agências reguladoras*. Rio de Janeiro: Impetus, 2003.

ALTHUSSER, L. *Sobre a reprodução*. Petrópolis: Vozes, 1999.

ANDREAZZI, M. F. S. *Teias e tramas: relações público-privado no setor saúde brasileiro nos anos 90*. 2002. 350 f. Tese (Doutorado) Instituto de Medicina Social IMS. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2002.

_____. *O seguro saúde privado no Brasil*. 1991. Tese (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1991.

ANDREAZZI, M. F. S; KORNIS, G. E. M. Padrões de acumulação setorial: finanças e serviços nas transformações contemporâneas da saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. São Paulo: ABRASCO, v. 13, n. 5, 2008.

AZEVEDO, A. F. Relações entre processo de trabalho e subjetividade: um tema em questão. *Revista Temporalis*, [S. l.] ABEPSS, v. 3, n. 6, jul./dez., 2002.

BACHELARD, G. *A formação do espírito científico*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.

BAHIA, L. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: NEGRI, B.; GIOVANNI (Org.) *Brasil: Radiografia da Saúde*. Campinas, SP: IE-UNICAMP; Ministério da Saúde, 2001a, pp. 325-361.

_____. Origens e institucionalização das empresas de planos de saúde no Brasil. In: BAHIA, L. et al. (Org.) *Planos de saúde no Brasil: Origens e trajetórias*. Rio de Janeiro: Laboratório de Economia Política da Saúde, UFRJ; ANS, 2005a.

_____. A Unimed de Santos: a criação da primeira entidade-empresa de comercialização de planos de saúde no Brasil. In: BAHIA, L. et al. (Org.) *Planos de saúde no Brasil: origens e trajetórias*. Rio de Janeiro: Laboratório de Economia Política da Saúde, UFRJ; ANS, 2005b.

_____. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. São Paulo: ABRASCO, v. 13, n. 5, 2008.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M. *Planos e seguros de saúde: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil*. São Paulo: UNESP, 2010.

BANCO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO ECONOMICO E SOCIAL – BNDES. *Programa BNDES Saúde – Desenvolvimento institucional*. Disponível em <http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/bndes/bndes_pt/Institucional/Apoio_Financeiro/Programas_e_Fundos/BNDES_Saude/desenvolvimento_institucional.html>. Acesso em 03 nov. 2010.

BEHRING, E. R. Fundamentos de política social. In: MOTA, A. E. et al. (Org.) *Serviço Social e Saúde*. Formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2007.

BETTELHEIM, C. Relações internacionais e relações de classe. In: BETTELHEIM et al. *Um Proletariado Explorador?*. Lisboa: Iniciativas, 1969.

BOSCHETTI, I.; SALVADOR, E. O financiamento da seguridade social no Brasil no período de 1999 a 2004: quem paga a conta? In: MOTA, A. E. et al. (Org.) *Serviço Social e Saúde*. Formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

BOSCHETTI, I. *Previdência e assistência: uma unidade de contrários na seguridade social*. Universidade e Sociedade. Brasília, DF: ANDES-SN, n. 22, 2000.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. *Saúde e previdência*. Estudos de política social. São Paulo: Hucitec, 1986.

BRASIL. Congresso Nacional, Lei Nº 9656/98 de 03 de junho de 1998. Brasília, DF, 1998.

_____. Lei Nº 9961/00 de 28 de janeiro de 2000. Brasília, DF, 2000.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Org.) *Serviço Social e Saúde*. Formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

BRESSER-PEREIRA, L.C. A reforma gerencial do estado de 1995. *Revista de Administração Pública*. Lisbon: INA v.34, n. 4, jul. 2000.

_____. Moderna gestão pública. Dos meios aos resultados. *Revista de Administração Pública*. Lisbon: INA v.34, n. 4, jul. 2000.

CATTA PRETA. Seguro-saúde no Mercoseguros. *Caderno de seguros*. v. 17, n. 85, p. 10-11, 1997.

CHELALA, F A; RABELO, R N. *Elementos para discussão dos condicionantes do desenvolvimento regional*. Monografia (especialização). Curso de Especialização em Planejamento e Gestão do Desenvolvimento Regional (PLANEAR), Universidade Federal do Pará, Belém, 2006.

CHESNAIS, F. *A Finança mundializada*. São Paulo: Boitempo, 2005.

COMITÊ DE INTEGRAÇÃO DE ENTIDADES FECHADAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – CIEFAS. *A história da autogestão em saúde no Brasil*. São Paulo: CIEFAS, 2000.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE – *Declaração de Alma-Ata*. Alma-Ata, URSS. [S. l.] 6-12 de setembro de 1978.

CORDEIRO, H A. *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2. São Paulo: ABRASCO, 2001.

_____. *A indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

COSTA, J. M. M; FERREIRA, R. C; JATENE, S. R. O. *Projeto de impacto na Amazônia: sugestões para a internalização regional de seus efeitos germinativos*. Belém: Universidade Federal do Pará; Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, 1978.

COSTA, R. C. R. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. *Revista de sociologia e política*, n. 18, p. 49-71, jun. 2002.

DATAFOLHA, I. P.; IESS – INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE SUPLEMENTAR. *Avaliação de planos de saúde*. Mar. 2011. Disponível em: <www.iess.org.br/PesquisaDatafolhaIESS.pdf> . Acesso em: 16 nov. 2011.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS - DIEESE. *Mercado de trabalho brasileiro: evolução recente e desafios*. [S.l.], abr. 2010. Disponível em <http://www.dieese.org.br/destaques.xml>. Acesso em 22 nov. 2011.

DRAIBE, S. M. Estado de bem-estar, desenvolvimento econômico e cidadania: algumas lições da literatura contemporânea. In: HOCHMAN, G. et al. (Org.) *Políticas públicas no Brasil*, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

ESPING-ANDERSEN, G. *As três economias políticas do welfare state*. São Paulo: Cedec/Marco Zero; Lua Nova, 1991.

FAUSTO, B. *Trabalho urbano e conflito social*. Rio de Janeiro, São Paulo: Difel, 1977.

FAVERET, P; OLIVEIRA, P J. *A universalização excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde*. [S. l.]: Planejamento e Políticas Públicas / IPEA. n. 3, jun. 1990.

FELIPE, J S. *Saúde, seguridade social e neoliberalismo: Os Limites das Reformas Sanitárias na América Latina*. Saúde em Debate, [S.l.: s.n.], n. 43, 1991.

FOLHA DE SÃO PAULO. *Unimed muda gestão e expande rede própria*. São Paulo, 12 de ago. 2011. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mercado/me1208201103.htm>>. Acesso em 05 de jan. 2012.

_____. *Renda mais alta no Norte e no Nordeste atrai planos de saúde*. São Paulo, 18 de dez. 2011a. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mercado/15539-renda-mais-alta-no-norte-e-no-nordeste-atrai-planos-de-saude.shtml>>. Acesso em 05 de jan. 2012.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS – FGV. *Dicionário histórico biográfico brasileiro pós 1930*. 2ª ed. Rio de Janeiro: FGV, 2001. Disponível em <http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/Jango/biografias/dante_pellacani>. Acesso em 05 de jan. 2012.

GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. *Revista Saúde Pública*, v. 40, n. esp., Rio de Janeiro, 2006.

_____. Desenvolvimento e saúde: em busca de uma nova utopia. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 71, set/dez 2007.

GAZETA MERCANTIL. *Panorama setorial – seguros*. São Paulo, 1996.

GRAMSCI, A. Americanismo e fordismo. In: *Maquiavel, a política e o estado moderno*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

_____. *Maquiavel, a política e o estado moderno*. 5 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1984.

GRANEMANN, S. *Para uma interpretação marxista da 'previdência privada'*. Tese (doutorado) do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Escola de Serviço Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.

HARNECKER, M. *Os conceitos elementais do materialismo histórico*. [S.I.: s.n.], 1973.

HOBBS, T. *Leviatã*. São Paulo: Martin Claret, 2009.

IAMAMOTO, M V. A questão social no capitalismo. *Revista da associação brasileira de ensino e pesquisa em serviço social – ABEPSS*, Brasília, DF, v. 2, n. 3. 2004.

IBGE. *Produto interno bruto dos municípios*. Rio de Janeiro, v. 29, 2004. (Série Relatórios Metodológicos).

_____. *Um panorama da Saúde no Brasil*. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: [s. n.], 2010a.

_____. *Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: despesas, rendimentos e condições de vida*. Rio de Janeiro: [s. n.], 2010b.

_____. *Estatísticas da saúde*. Assistência Médico Sanitária 2009. Rio de Janeiro: [s. n.], 2010c.

_____. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios – PNAD 1998*. Pará – Região Metropolitana de Belém, Região Norte, Suplemento Saúde. [S. l.: s. n.], 1998.

KLAGSBRUNN, V H. Uma leitura crítica dos conceitos de mundialização do capital e de regime de acumulação com predominância financeira. *Revista Crítica Marxista*. São Paulo: UNESP, n. 27, 2008.

KURZ, R. *A bomba relógio das pensões empresariais*. [S. l.], 2006. Disponível em <<http://obeco.planetaclix.pt/rkurz238.htm>> . Acesso em 05 jan. 2012.

LENIN, V I. *Obras completas*. Moscou; URSS: Progresso, 1986.

_____. *O Estado e a revolução*. São Paulo: Hucitec, 1986.

_____. *Obras escolhidas*. São Paulo: Alfa-Omega, 1980.

_____. *O imperialismo, fase superior do capitalismo*. Lisboa: Avante, 1975.

_____. Sobre la dialéctica. In: LENIN, V. I. *Cuadernos filosóficos*. Madrid: Ayuso, 1974.

LESBAUPIN, I; MINEIRO, A. *O desmonte da nação em dados*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

LIBERAL, O. *Saúde. Deputado*. Atualidades. Repórter 70, Belém, 15 nov. 2011.

LIMA, J. J. F; MOYSÉS, A. (Org.). Como andam Belém e Goiânia. *Conjuntura Urbana*, v. 11, Rio de Janeiro: Letra Capital; Observatório das Metrôpoles, 2009.

LIMA, F. C. G. C. Uma breve avaliação da evolução, estrutura e desempenho recente do mercado brasileiro de seguros. *Textos para Discussão*. Rio de Janeiro: Instituto de Economia da UFRJ, n. 412, 1998.

MANDEL, E. *O Capitalismo tardio*. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MARTINS, W. 2005. A previdência social e as empresas de planos de saúde no Brasil. In: BAHIA, L. et al. (Org.) *Planos de saúde no Brasil: origens e trajetórias*. Rio de Janeiro, RJ: Laboratório de Economia Política da Saúde, UFRJ; ANS, 2005.

MARX, K. *O capital. Crítica da economia política*. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

- _____. *A guerra civil na França*. São Paulo: Global, 1986.
- _____. *O capital. Crítica da economia política*. São Paulo: Abril Cultural, 1983a.
- _____. *Contribuição à crítica da economia política*. São Paulo: Martins Fontes, 1983b.
- _____. *Teorias da mais-valia: história crítica do pensamento econômico*. São Paulo: DIFEL, 1980a.
- _____. *Salário, preço e lucro*. São Paulo: Global, 1980b.
- MARX, K; ENGELS, F. *Manifesto do partido comunista*. São Paulo: Global, 2006.
- _____. *A ideologia alemã*. São Paulo: Boitempo, 2007.
- _____. *Obras escolhidas*. São Paulo: Alfa-Omega, [1980?]. 3 v.
- MEIRELLES, R. Policlínica central: a precursora das empresas de medicina de grupo no Brasil. In: BAHIA, L. et al. (Org.) *Planos de saúde no Brasil: origens e trajetórias*. Rio de Janeiro: Laboratório de Economia Política da Saúde, UFRJ,;ANS, 2005.
- MELO, C. G. A Medicina previdenciária. In GUIMARÃES, R. (Org.). *Saúde e medicina no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org). *Distrito sanitário: processo social de mudança das práticas do sistema único de saúde*. São Paulo: HUCITEC, p.19-91, 1993.
- _____. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1996.
- MENDES, A.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS sob o “ventos” da financeirização. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 14, n. 3, 2009.
- MENDONÇA, A. *A crise econômica e a sua forma contemporânea*. Lisboa: Caminho, 1990.
- MENICUCCI, T. M. G. A política de saúde no governo Lula. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 2, , abr./jun. 2011.
- MISSE, D. G. A consolidação das agências reguladoras no Brasil: breve histórico. *Revista digital em debate*, Florianópolis, n. 4, p. 106-126, 2010. ISSN 1980-3532.
- MOTA, A. E et al. (Org.) *Serviço social e saúde. Formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2007a.
- _____. *Seguridade social brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes*. In: MOTA, A. E. et al. (Org.) *Serviço social e saúde. Formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2007b.

_____. *Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90*. São Paulo: Cortez, 1995.

NETTO, J P. *Introdução ao estudo do método de Marx*. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

_____. Cinco notas a propósito da “questão social”. *Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS*, Brasília, DF, v. 2, n. 3, 2004.

NOVAIS, F. A. *Estrutura e dinâmica do antigo sistema colonial*. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 1993.

OLIVEIRA, J. A. A; TEIXEIRA, S. M. F. *A (im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes; ABRASCO, 1985.

_____. Medicina de grupo: a medicina e a fábrica. In GUIMARÃES, R. (Org.) *Saúde e medicina no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

OLIVEIRA, J. A. A. Reforma e reformismo: para uma teoria política da reforma sanitária (ou reflexões sobre a reforma sanitária de uma perspectiva popular). In: COSTA et al. (Org.) *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO; 1989. p. 13-44. v. 1.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO – OIT. *Relatório sobre o trabalho no Mundo 2011: Os mercados a serviço do emprego*. International Labour Organization (International Institute for Labour Studies), 2011. Disponível em <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_166021.pdf> Acesso em 05 jan. 2012.

PARÁ. Secretaria de Estado de Integração Regional. *Atlas de integração regional do estado do Pará*. Belém: SEIR, 2010.

PETRAS, J. *Obama eleva as apostas militares: confrontação nas fronteiras com a China e a Rússia*. 22 dez. 2011. Disponível em <http://resistir.info/petras/petras_10dez11.html> . Acesso em 27 dez. 2011.

PINA, J. A; CASTRO, H. A; ANDREAZZI, M. F. S. Sindicalismo, SUS e planos de saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. São Paulo: ABRASCO, v. 11, n. 3, 2006.

PINTO, L. F. A Amazônia é o futuro do Brasil? *Agenda Amazônica*. Belém, v. 1, n. 8, abr. 2000.

POULANTZAS, N. *O estado, o poder, o socialismo*. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

_____. *As classes sociais no capitalismo de hoje*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. O Estado, o poder, o socialismo. In: SILVEIRA, P. (Org.) *Poulantzas*. São Paulo: Ática, 1984.

POSSAS, C A. *Saúde e trabalho*. A crise da previdência social. São Paulo: Hucitec, 1989.

- PRADO JÚNIOR, C. *História econômica do Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1976.
- ROUSSEAU, J-J. *Do contrato social*. São Paulo: Martin Claret, 2000.
- SANDRONI, P. *Dicionário de economia*. 3. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1992.
- SANTOS, F P. *A regulação pública da saúde no Brasil: o caso da saúde suplementar*. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2006.
- SANTOS, I. S; UGÁ, M. A. D; PORTO, S. M. O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização dos serviços de saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. São Paulo: ABRASCO, v. 13, n. 5, 2008.
- SARTRE, J. P. Questão de método. In: AMÉRICO, J. Sartre. *Os Pensadores*. São Paulo: Abril Cultural, 1978. (seleção de textos)
- SCHEFFER, M; BIANCARELLI, A.; CASSENOTE, A. *Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades*. Conselho Regional de Medicina de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, São Paulo: [s. n.], 2011.
- SCHWARZ, Roberto. *Ao vencedor as batatas*. 3. ed. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1998.
- SILVA, S. *Expansão Cafeeira e Origens da Indústria no Brasil*. São Paulo: Alfa-Omega, 1986.
- SILVEIRA, P. *Poulantzas e o Marxismo (Introdução)*. São Paulo: Ática, 1984. (Coleção Grandes Cientistas Sociais).
- SOARES, L T R. *Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.
- SUPERINTENDÊNCIA DO DESENVOLVIMENTO DA AMAZÔNIA. *Construindo o Futuro da Amazônia. Estratégias Para o Desenvolvimento Sustentável 2000/2003. Versão Preliminar Para Discussão*. Belém: [s. n.], 2000.
- TEIXEIRA, C. F; PAIM, J. S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. Saúde em Debate, *Revista do CEBES*. Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, set./dez., 2005.
- TEIXEIRA, J. B. *Textos didáticos do curso de especialização em planejamento e gestão do desenvolvimento regional (PLANEAR)*. Belém: EDUFPA, 2004. v. 1.
- THOMAS, T. *A crise crônica ou o estágio senil do capitalismo*. Lisboa: Dinossauro, 2007.
- TRINDADE JÚNIOR., S. C. Grandes projetos, urbanização do território e metropolização na Amazônia. *Terra Livre*. [S. l.] v. 22, n.26, p. 177-194, 2006.
- UNIMED Belém. *História da Unimed Belém*. 2011. Disponível em <http://www.unimed.com.br/pct/index.jsp?cd_canal=54473&cd_secao=54456>. Acesso em 24 nov. 2011.

VALOR ECONÔMICO. *Cinco commodities garantem 43% da exportação do Brasil.* [S. 1.], 13 jan. 2011.