

A CLASSE MÉDICA E AS EMPRESAS DE SAÚDE: ANÁLISE DE TRAJETÓRIAS DAS CLASSES MÉDICAS E DAS EMPRESAS DE SAÚDE COMO INDICATIVOS DO DESENVOLVIMENTO DOS MODELOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA INGLATERRA E NO BRASIL

Nittina Anna Araújo Bianchi Botaro*

Resumo: O trabalho em questão propõe analisar a classe médica e as empresas de saúde na Inglaterra e no Brasil com intuito de apresentar indicativos de como esses atores mobilizaram-se durante o processo de criação e desenvolvimento do modelo de Bem Estar Social nos dois países em questão. A fim de esclarecer com foi o protagonismo dos médicos e das empresas de saúde na afirmação do modelo de assistência à saúde. Para tanto, vamos percorrer, no primeiro momento, pelas trajetórias paradigmáticas do WelfareState. O segundo momento, por sua vez, será destinado a uma comparação da trajetória da assistência à saúde inglesa e brasileira, destacando o panorama político e econômico na gênese do sistema de saúde nos dois países e quais as implicações dessa conjuntura na política pública de saúde.

Palavras chaves: Saúde Pública, Práticas Médicas, Brasil

PHYSICISTS AND HEALTH CARE ENTERPRISES: ANALYSIS OF THE PHYSICISTS' AND HEALTH CARE ENTERPRISES' PATH AS A DEVELOPMENT INDICATIVE OF HEALTH CARE MODELS IN ENGLAND AND BRAZIL

* Mestre e Doutoranda em História pela Universidade Federal de Juiz de Fora, financiada pela FAPEMIG.
Email: Nittina.bianchi@hotmail.com.

Abstract: This paper presents a brief excursion into the origin of medical practice. It focus the sociological formation of the profession and the trajectory of medical practice in two different countries: England and Brazil. Therefore, in the first part it will be highlighted the inflexion point within the category; and later, nuances regarding the adopted health system and the physicians' access to market before and after establishing the respective health systems. The selected countries show relevance considering their paradigmatic models of health assistance and their influence on Brazilian public health system.

Keywords: Health System, Medical Practice, Brazil

1.1 Welfare State

É comum o entendimento de que, em 1946, com a assinatura do Plano Beveridge pela Inglaterra, o cenário mundial foi apresentado ao moderno Estado de Bem Estar Social. O novo padrão de Estado concedeu direitos e garantias a sua população, diferentemente de modelos estatais anteriores. Os quais, na maior parte das vezes, desvinculavam a proteção social da concessão de direitos, quando não os colocavam em campos opostos. O Welfare State tem como diferencial a forma como as atividades estatais se entrelaçam com o papel do mercado e da família em termos de provisão social.¹

O Estado de Bem Estar Social aparece como uma resposta a todas as transformações que Polanyi designou como a “grande transformação” e que instauram a ordem capitalista moderna, incluindo no circuito do dinheiro, de três elementos que sempre havia ficado fora dele: a força de trabalho humana, a terra e os meios de produção. Neste cenário, desenvolve-se o entendimento de que a situação dos trabalhadores era um problema que deveria ser enfrentado coletivamente, “ou seja,

¹ESPING ANDERSEN. G. “As três Economias Políticas do Welfare State”. IN: *Revista Lua Nova*, n 24. 1991.

emerge uma questão social que requer resposta social e institucional, sob pena de rompimento das estruturas sociais.”² Surge, portanto, a necessidade de desenvolver formas compensatórias de coesão social, que auxiliem a reprodução da força de trabalho necessária ao progresso capitalista.

Conforme Abram de Swaan, o Estado de Bem Estar Social foi um processo de mudança e rearranjo nos elos da interdependência humana e de seus impactos. Os elos de interdependência fundariam a necessidade dos cuidados com os destituídos que sofriam adversidades temporárias ou permanentes. Neste processo, temos a gênese da chamada consciência social, fundamental na formação de uma identidade coletiva e nacional, definida como "consciência do crescimento intensivo e extensivo dos laços de interdependência, junto com a disposição de contribuir com os remédios para as adversidades e deficiências que afetam os outros".³

O Estado, por isso, torna-se uma organização legítima, devido à formação dessa consciência social, e capaz, devido às suas características específicas, de regular os efeitos negativos das interdependências sociais, que, ao longo do tempo, tendem a ser reduzidas a soluções legais e administrativas sob a responsabilidade de uma burocracia. Segundo Swaan⁴, a complexidade crescente das configurações sociais forçou a formação de uma autoridade pública capaz de extrair compulsoriamente recursos da sociedade e produzir políticas de largo alcance para solucionar ou remediar os efeitos da interdependência social, como também formar uma "consciência" sobre a interdependência e sobre a necessidade de contribuir para remediar os seus efeitos negativos.

Esping Andersen acrescenta que o Estado de Bem Estar Social é muito mais complexo que todas as práticas de concessão de garantias e direitos que o antecederam. As formas como as atividades estatais se relacionam com o mercado e com a família em termos de provisão social são determinantes para que se faça a caracterização do Estado de Bem Estar Social. Assim, a grande preocupação de Andersen foi formular uma teoria

²POLANYI, Karl. A Grande Transformação- as origens de nossa época. Rio de Janeiro: Editora Campus Ltda, 1980.

³ Idem.

⁴SWAAN . A. In *Care of the State*. Cambridge: Polity Press. 1996.



da social-democracia que se reporte a três componentes: a estrutura, a formação e as alianças de classe, procurando perceber as relações entre a classe, o Estado e o poder.⁵

Para, além disso, conforme Ignacio Delgado⁶, o aparecimento das políticas sociais remete não só ao processo de interdependência fruto da vida moderna, mas também à “interação, o conflito, o entendimento entre determinados atores da sociedade capitalista”. Esses atores seriam o pessoal do Estado, os trabalhadores assalariados, os empresários capitalistas e os trabalhadores autônomos (pequenos proprietários e outros).

De modo geral, as décadas de 1950 a 1970 foram marcadas pelos limites do programa do WelfareState e pela implantação de sistemas de saúde, ainda que o seguro saúde tenha prevalecido⁷. O leque de benefícios e serviços se abriu, devido, entre outros motivos, às reivindicações dos trabalhadores e à prosperidade econômica, como, também, uma movimentação internacional em prol desses valores.

O aparecimento dos WelfareState está, pois, relacionado aos movimentos de autodefesa da sociedade com a emergência da ordem capitalista. São favorecidos pelo desenvolvimento de uma consciência social que emerge com a percepção de fenômenos de interdependência associados ao domínio de tal ordem. Mas seus padrões diferenciam-se conforme determinadas condições, que veremos abaixo, notadamente as coalizões que participam em sua implantação. Por fim, cabe destacar o papel cumprido pelas agências internacionais no pós Segunda Guerra, para difusão dos preceitos relativos à proteção social.

1.2 Modelos do WelfareState e Sistemas de Saúde

Esping Andersen considera que existiram três modelos padrões de WelfareState, influenciados diretamente pelas coalizões formadas entre as classes sociais.

⁵ESPING ANDERSEN, *op cit.*

⁶DELGADO, Ignacio. *Previdência Social e Mercado no Brasil a presença empresarial na trajetória da política social brasileira*. São Paulo: LTr. 2001.

⁷Seguro Social tem como característica central a cobertura de grupos ocupacionais por uma relação contratual. Por seu turno, o modelo de seguridade social garante a todos os cidadãos o direito a um mínimo vital.

O primeiro modelo trata-se do corporativista ou conservador. Neste formato, os benefícios são garantidos aos trabalhadores formais e além disso, a proporcionalidade dos auxílios está diretamente relacionada ao cargo formal desempenhado pelo empregado. O financiamento e a gestão do sistema são predominantemente divididos entre empregados e empregadores e também entre o Estado. Neste caso, o impacto redistributivo das políticas é pequeno e o modelo de seguros prevaleceu. O exemplo clássico é o alemão.⁸

Social democrata ou público universalista corresponde a um segundo modelo do WelfareState. O universalismo e a desmercantilização atingem amplamente a classe média e os trabalhadores, assim, todos os segmentos sociais são incorporados a um sistema universal de políticas sociais. Diferentemente do modelo corporativista, neste formato, os valores das aposentadorias e pensões são baseados em maior grau no mínimo vital, com padrões de repartição simples. Sua administração é feita pela gestão estatal e é basicamente burocrática, ao menos nos momentos iniciais. Os exemplos clássicos são os países escandinavos.

Por fim, no formato liberal-residual predomina a assistência aos comprovadamente pobres, reduzidas transferências universais ou planos modestos de previdência. Neste modelo, prevalece o consenso de que o mercado garantiria aos cidadãos todos os recursos e serviços necessários, por isso, trata-se de um sistema mais sensível ao peso da iniciativa privada. Por fim, a política social possui o caráter temporal e limitado. O exemplo clássico é os Estados Unidos da América.⁹

Os sistemas de saúde são componentes dos diferentes Estados de Bem Estar Social e sua caracterização tem sido efetuada a partir, principalmente dos mecanismos de acesso e da propriedade dos “fatores médicos de produção”. De um lado, temos situações em que predomina a rede hospitalar pública, garantida por impostos, associada ao acesso universal de todos os cidadãos aos serviços. Noutro extremo, temos a prevalência da medicina liberal e dos seguros privados, associados ao predomínio da rede hospitalar privada. Numa posição intermediária, é possível apontar a presença de

⁸ESPING ANDERSEN, *op cit.*

⁹ Idem.

sistemas com acesso universal, porém associados ao predomínio da rede hospitalar privada. Por fim, sistemas corporativos são marcados pelo acesso aos serviços de saúde por via de mecanismos ocupacionais, combinados à participação, maior ou menor, de provedores privados.¹⁰

Conforme Ignacio Delgado, existem pelo menos três fatores que explicam as diferentes trajetórias dos formatos do Estado de Bem-Estar Social. Primeiro, o modelo econômico e político daqueles países – economia aberta ou fechada, sistema político autoritário ou democrático –; segundo, a participação dos trabalhadores¹¹ e, finalmente, as configurações de mercado.¹²

Primeiramente, países com economias abertas tendem a ter grupo de empresários industriais mais resistentes à adoção de políticas sociais, sobretudo se essas práticas forem financiadas por tributos que afetem o preço dos produtos. Dessa forma, o empresariado prefere o financiamento do Welfare State a partir de impostos gerais e diretos. Por outro lado, países com economia fechada revelam um empresariado favorável ao financiamento por tributos que incidem direto no produto.¹³

Por seu turno, regimes democráticos são mais sensíveis às pressões da sociedade, o que pode afetar o desenvolvimento do Welfare State. As democracias favorecem o surgimento da organização de trabalhadores, a constituição de partidos que representam os trabalhadores com maior capacidade de atuar na arena política e liderar coalizões que instauram políticas de proteção social atuantes na arena política. Todavia, como é o caso dos EUA, na ausência de organizações políticas que canalizem as demandas dos trabalhadores para o Estado, esta possibilidade pode ser mitigada, favorecendo pressões fragmentárias que dificultam a edificação de formas públicas mais abrangentes. Regimes autoritários podem dispor de maior capacidade para implantar políticas sociais do que democracias, entre outros motivos, por impedir ao máximo a participação da sociedade. Conforme Delgado, as coalizões presentes durante os

¹⁰ Idem.

¹¹ Interessa a nossa pesquisa, o tipo de mobilização dos trabalhadores, a maneira como eles respondem aos desafios da ação coletiva, as formas de organização e as relações entre o partido operário e os sindicatos.

¹² DELGADO, *op cit.*

¹³ Idem.

regimes autoritários na Alemanha e nos países comunistas foram contundentes para a determinação do modelo de política social implantada.¹⁴

No que diz respeito à participação dos trabalhadores, num primeiro momento, seu peso específico está, primariamente, radicado na sua participação na sociedade e na proporção de indústrias que um país detém. Contudo, caso esses empregados sejam desarticulados e não formem uma identidade política, os resultados de suas demandas não serão tão bem atendidos, visto que os problemas sociais causados pela operação capitalista tendem atingir o status de agenda com menos intensidade para o Estado. Um bom indicativo da força política desse ator é o grau de sindicalização dos trabalhadores, entretanto, o sucesso de suas demandas está sujeito à participação dos trabalhadores industriais na arena política. Os movimentos trabalhistas podem ser autônomos ou tutelados. No primeiro caso há mais possibilidade de independência política e inserção de demandas nas arenas, diferentemente do segundo caso.

importa salientar que o poder dos trabalhadores industriais dispõe de um caráter inescapavelmente relacional, com o que as coalizões efetuadas, o peso específico de outros atores e as configurações de mercado têm papel crucial na determinação de sua influencia.¹⁵

Por fim, as configurações de mercado também podem afetar a dinâmica dos atores em torno das políticas sociais modernas. O desenvolvimento acelerado industrial e do trabalho assalariado podem acarretar, por um lado, lutas por salários melhores, diminuição da jornada de trabalho; e por outro lado, indenização por acidentes, doenças e as aposentadorias.

A arquitetura dos sistemas de saúde apresenta ligações com os modelos de WelfareState dos países correlatos, contudo em algumas regiões essa conexão entre o modelo do Estado de Bem Estar Social e o sistema de saúde não se realiza. Na Inglaterra, por exemplo, a política de saúde se desenvolveu sob um viés universal, entretanto, o WelfareState inglês é tomado em algumas análises como residual. Por outro lado, Suécia, Alemanha e EUA apresentam, respectivamente, modelos universal,

¹⁴ Idem.

¹⁵ Ibidem. p.60.

universal / corporativo e residual, tanto na saúde quanto no modelo de Estado de Bem Estar Social.

A parcela da população coberta por planos e seguros de saúde na Suécia era desprezível no ano de 2003. Este serviço era desfrutado por famílias de maior renda, via contrato individual ou empresarial com as operadoras. No ano de 2003, aproximadamente 10% da população do Reino Unido era coberta por planos ou seguros de saúde, sendo essa parcela da sociedade formada pela população de maior renda. Por sua vez, o seguro social alemão cobria em meados de 1995, 86,6% da população da Alemanha, 10,67% eram assegurados por seguros privados, 0,14% da população não tinham nenhum seguro e 2,60% eram cobertos por outros planos. No ano de 2006, aproximadamente 86% da população norte americana era coberta por planos de saúde; sendo que parte desses contratos era voluntário¹⁶ e outra porção obrigatório. Ou seja, aproximadamente 47 milhões de estadunidenses não eram cobertos por nenhum tipo de operadora de saúde.¹⁷ Desta forma, países onde o sistema de saúde foi fortemente estimulado pelo Estado, inclusive com a incorporação da categoria médica ao serviço público, a introdução e a expansão de planos e seguros de saúde foram dificultadas ou impedidas como no caso sueco.¹⁸

Na próxima seção vamos acompanhar a participação de atores sociais no desenvolvimento dos modelos de Welfare State e do sistema de saúde na Alemanha, EUA, Suécia e Inglaterra.

1.3 O legado histórico

No início do século XX, a Alemanha vivia um regime autoritário e tinha como prática a defesa de sua indústria frente à indústria inglesa. Ademais, a grande indústria favorecia o aumento da força dos trabalhadores, os quais associados à social-democracia

¹⁶ Trata-se de contratos entre empresas empregadoras ou indivíduos/familiares e operadoras de saúde.

¹⁷ Este contrato é feito entre governos federais/estaduais e operadoras de saúde.

¹⁸ GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelhos; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (org). *Política e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

formavam uma identidade política forte. Assim, as políticas sociais modernas alemãs foram fruto do desejo do empresariado – preocupado com o movimento operário¹⁹; do Estado – temendo um possível avanço de programas socialistas²⁰ - e do próprio trabalhador – que também teve algumas demandas atendidas e ocupou espaço nos organismo de direção tripartite que acompanharam o estabelecimento do Estado de Bem Estar Social.²¹

O início do século XX na Suécia foi marcado pela prática do livre comércio, adesão ao sufrágio universal, garantia de direitos dos sindicatos, da formação de um forte movimento de trabalhadores industriais e de um marco definitivo para a trajetória deste país: a passagem para a democracia. As instituições que anteriormente garantiam uma série de vetos para as agendas políticas passaram a ser preenchidas por sociais democratas, devido ao sistema de representação proporcional e à eleição indireta da primeira Câmara. Assim, com maioria no parlamento, o Executivo tinha suas deliberações automaticamente sancionadas nas votações.²² No limite, o sucesso do Estado de Bem Estar Social sueco foi resultado de uma combinação de forças entre os pequenos proprietários e um forte movimento de trabalhadores industriais, cuja identidade política já estava construída; atrelado à força de um executivo pronto a aprovar suas demandas.

Predominou nos EUA, até meados do século XX, um isolamento relativo da economia mundial e um olhar voltado para o mercado interno, com a prática de medidas protecionistas, só revisto no início do século XXI com um impulso de um grupo de empresários que desejava comercializar com outros países. A mesma aliança entre os social-democratas com a classe rural presenciada na Suécia, também ocorreu nos Estados Unidos, assegurada pelo Partido Democrata, mas mitigada pelo veto dos sulistas norte americanos ao mínimo vital da previdência. Por sua vez, a classe média protagonizou uma forte participação nas coalizões políticas, sobretudo porque o Estado

¹⁹ Além do temor da força trabalhista, os empresários alemães foram favorecidos quando trocaram tributos por políticas sociais modernas.

²⁰ O objetivo do Estado ao implantar as políticas sociais foi, entre outros fins, consolidar o Estado Nacional, diminuir a influência do congresso e construir um modelo cooperativo de intermediação.

²¹ DELGADO, *op cit.*

²² IMMERGUT, E.M. “As regras do jogo: A lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia” *IN: Revista Brasileira de Ciências Sociais*, (30):139-165. 1996.

teve que equilibrar suas demandas com a dos trabalhadores. Todavia, prevaleceu no EUA a participação dos trabalhadores White-Collar, os quais foram bastante eficientes ao garantir suas demandas previdenciárias e decisivos para o fortalecimento do Estado de Bem Estar Social, uma vez que garantiram um apoio importante à social-democracia, devido aos benefícios alcançados. Por fim, os trabalhadores industriais americanos não eram organizados ou tinham uma identidade política já consolidada.²³

Por sua vez, a ausência de um setor aristocrático não foi capaz de consolidar uma democracia, já que, mesmo hegemônica, uma burguesia pode ser antidemocrática dependendo de determinada situação econômica, ou mesmo, devido à postura de um segmento dessa classe. Além disso, Rueschemeyer, Stephens e Stephens alertam que a burguesia não adotou “naturalmente” uma política democrática, na falta da classe latifundiária forte.²⁴

O caso inglês corrobora a assertiva defendida no parágrafo anterior, pois se trata de um país com uma economia aberta, que não possuía uma grande classe de proprietários rurais, mas onde a democracia se estabeleceu, não por influência da burguesia – já que a classe média era fraca e os pequenos proprietários não eram uma classe expressiva. Contudo, entre outros fatores, pela ação da classe trabalhadora urbana juntamente com o movimento tradeunista dentro do Labour Party; formou-se, assim, no século XIX, uma identidade política autônoma dos trabalhadores. Embora, certamente fosse um movimento mais lento se comparado à Alemanha, e, menos articulado com a sociedade, se comparado com a organização trabalhista sueca.

Suécia, Inglaterra e EUA implantaram políticas sociais modernas em pleno regime democrático. Contudo, a ausência de uma identidade dos trabalhadores industriais norte-americanos foi decisiva para que as políticas sociais naquele país se afastassem dos contornos universalistas. Além disso, a presença de industriais voltados para o mercado externo assumiu papel importante nesta conjuntura, juntamente com os produtores do sul que impediram o avanço do Welfare State. Assim, neste país não se registrou uma aliança entre pequenos agricultores e trabalhadores, tal como na Suécia,

²³ DELGADO, *op cit.*

²⁴ RUESCHEMEYER, Dietrich; STEPHENS, Evelyne Huber; STEPHENS, John D. *Capitalist Development and Democracy*. Chicago: University of Chicago, 1992.

minimizando a capacidade de articulação da massa trabalhadora. Conforme Delgado, em momentos de formação das políticas sociais modernas, países com economias abertas e em regimes democráticos só são favoráveis a modelos de Estado de Bem Estar Social com contornos universalistas, quando existe a força dos trabalhadores capaz de se impor aos empresários.²⁵

Na Inglaterra, os trabalhadores estavam organizados em sindicatos tradicionais e descentralizados em critérios diferentes de organização. Ademais, eram poucas as chances de coalizões entre trabalhadores e os setores agrários, por isso, o poder de negociação desses empregados industriais foi menor, por exemplo, do que o verificado na Suécia com a social-democracia - líder de um movimento operário organizado e sindicatos abrangentes e enraizados em ramos diversificados. Além disso, a aliança firmada na Suécia entre pequenos proprietários e a social-democracia garantiu estabilidade e hegemonia²⁶.

Por fim, a Alemanha no século XX tratava-se de um país em pleno regime autoritário e de economia fechada. Nesta conjuntura, os custos das políticas sociais modernas foram transferidos para os consumidores, minimizando a resistência dos empresários. Por sua vez, o contorno universalista é definido, mais uma vez, pela participação dos trabalhadores industriais. No caso alemão, existia uma organização trabalhista com pouco peso e tutelado; por isso o modelo alemão tem contorno meritocrático.²⁷

A análise das políticas sociais como resultado das coalizões firmadas por diferentes atores sociais foi efetuada por Abraham de Swaan num trabalho clássico, em que focaliza o papel desempenhado por empresários, trabalhadores, pequenos proprietários e o Estado na determinação das diferentes configurações em que se estruturou o Estado de Bem Estar Social. Neste mesmo trabalho, Swaan assinala que a saúde contou, ainda, com um componente especial: a forma como o Estado circunscreveu o trabalho dos médicos nos momentos iniciais de afirmação da categoria e de definição do monopólio desta sobre os serviços de saúde, com a expansão do

²⁵ DELGADO, *op cit.*

²⁶ Idem.

²⁷ Idem.

conhecimento científico sobre as doenças e sua cura. Assim, quando o Estado absorveu o trabalho médico nas instituições públicas, deixando espaço limitado para a medicina liberal, prosperaram os sistemas públicos, com apoio, inclusive, dos médicos.²⁸

O “poder da profissão” é, também, utilizado como categoria explicativa do curso dos sistemas de saúde. Ao exercerem o monopólio da profissão, os médicos dispõem de uma condição especial para a avaliação dos programas de saúde e para sua operacionalização, pois programa algum pode subsistir sem sua cooperação. No limite, seriam capazes até de bloquear a implementação de qualquer iniciativa contrária aos seus interesses:

Ellen Immergut chamou a atenção para os limites de tais explicações, observando que em países onde, sob quaisquer critérios, o “poder da profissão” dos médicos é equivalente, o resultado no processo de implantação de políticas públicas de saúde é diverso. Analisando os casos da Suécia, da França e da Suíça, conclui, pois, que o êxito na implantação das políticas de saúde depende das características do sistema decisório. Assim, quando há maior concentração de poder no Executivo, maiores são as chances de sucesso na implantação de políticas abrangentes, ao passo que processos decisórios descentralizados, marcados pela presença de múltiplos “pontos de veto”, tendem a favorecer a obstrução de atores contrários à sua efetivação.²⁹

Inglaterra e Suécia foram países que incorporaram a categoria médica no momento de implantação de políticas sociais mais abrangentes e tinham um executivo favorável às reformas sociais, por isso, possuem atualmente grandes sistemas públicos de saúde.³⁰

Na Suécia, por exemplo, o ano de 1969 ficou marcado pela criação do Sistema Nacional de Saúde. Nesta ocasião a medicina liberal foi extinta na maioria dos hospitais públicos e todos os médicos dos hospitais passaram a ser enquadrados no funcionalismo

²⁸ SWAAN, *op cit.*

²⁹ IMMERGUT, *op cit.*

³⁰ GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelhos; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (org). *op cit.*

público em tempo integral. Neste país, o acesso ao sistema de saúde é universal, o financiamento é, na sua maioria, fiscal e a maior parte das unidades de saúde é estatal.³¹

Como vimos, a parcela da população coberta por planos e seguros de saúde na Suécia era desprezível no ano de 2003. Este serviço é desfrutado por famílias de maior renda, via contrato individual ou empresarial com as operadoras. Aos que optam por serem cobertos pela assistência à saúde particular lhe é garantido o dobro habitual dos serviços oferecidos pelo Estado a sociedade.³²

A trajetória, por assim dizer, paradigmática na montagem de um sistema público universal de saúde ocorreu na Inglaterra, a partir de 1946, com a assinatura do Plano Beveridge pela Inglaterra. Naquela ocasião, a Inglaterra criou um sistema nacional, universal e gratuito de assistência à saúde, financiado com recursos públicos provenientes de impostos gerais, dissociando-se da relação contratual que havia caracterizado até então, a essência das políticas sociais governamentais. Neste sistema universal de saúde, a porta de entrada do usuário se faz até hoje pelo médico da saúde primária – General Practitioner (GP). Os GPs são remunerados por um sistema de pagamentos per capita e são eles os responsáveis por encaminhar o paciente a um médico especialista; sendo estes últimos servidores públicos.

Como vimos, no ano de 2003, aproximadamente 10% da população do Reino Unido era coberta por planos ou seguros de saúde, sendo essa parcela da sociedade formada pela população de maior renda. Tratava-se de convênios voluntários realizados entre empresas ou indivíduos com operadoras de saúde.³³

O estudo de Rigen sobre os modelos de WelfareState é válido para explicar como dois países que adotaram o mesmo formato de políticas sociais modernas apresentam atualmente algumas disparidades. Conforme este autor, os modelos de Estado de BemEstar Social poderiam ser divididos em pequeno, médio ou grande, sempre de acordo com quantidade de volume gasto com políticas sociais em relação ao PIB. Assim, a Inglaterra, que originalmente se encaixaria no padrão universalista, passaria a compor o WelfareState pequeno, uma vez que nos anos de 1970, o Estado

³¹ Idem.

³² Idem.

³³ Idem.

inglês investiu 18,2% do Produto Interno Bruto (PIB) em gastos sociais, enquanto a Suécia investiu 23,7% do PIB em igual período. Mais uma vez, os suecos saíram à frente, quando gastaram 7,3% do PIB em saúde, em contra partida os ingleses investiram 4,9% (GOUCHIAN). Para além desses números apresentados, o grande diferencial sueco foi ter uma social democracia, à frente da organização de trabalhadores, com identidade política forte, atuante e em diferentes ramos de atividade.³⁴ Dessa forma, esses dados confirmam as palavras de Ignacio Delgado, quando afirma que o “Estado de Bem Estar Social (inglês) tenderia a uma erosão muito rápida (...) enquanto o modelo sueco demonstraria enorme resistência e afirmar-se-ia como um dos mais extensos do mundo capitalista”.

O caso alemão difere dos dois exemplos a cima, uma vez que o modelo adotado foi o seguro social e o exercício da medicina liberal não foi limitado nos momentos iniciais das políticas sociais modernas. Neste formato, os serviços são garantidos mediante um sistema de contratação compulsória, gerido por representantes dos trabalhadores e empregadores e, em alguns momentos, pelo Estado. O modelo de seguro social foi implantado durante um período ditatorial, o que facilitou a eliminação de pontos de vetos. E sem uma forte participação dos trabalhadores em sua implantação, ainda que significativa na determinação da entrada da política social na agenda governamental fez-se sobressair um modelo conservador e permeável à categoria médica.

O seguro social alemão, como assinalado acima, cobria em meados de 1995, 86,6% da população da Alemanha, 10,67% eram assegurados por seguros privados, 0,14% da população não tinham nenhum seguro e 2,60% eram cobertos por outros planos.³⁵

Por fim, o modelo norte americano foi implantado sob um sistema político marcado por diversos pontos de vetos e favorável à prática da medicina liberal. Neste país, a obrigatoriedade governamental restringiu-se à assistência à saúde para idosos,

³⁴GOUCHIAN. *The Political Economy of the Welfare State*. London: Macmillan Press Ltd, 1979.

³⁵GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelhos; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (org). *op cit*.

portadores de patologias especiais e famílias de baixa renda³⁶. De forma que, os planos e seguros de saúde tornaram-se a principal forma de cobertura e financiamento de redes e serviços de atenção à saúde, institucionalizada pelo governo.³⁷

Tal como indicado acima, no ano de 2006, aproximadamente 86% da população norte americana era coberta por planos de saúde; sendo que parte desses contratos era voluntário³⁸ e outra porção obrigatório. Ou seja, aproximadamente 47 milhões de estadunidenses não eram cobertos por nenhum tipo de operadora de saúde.³⁹

Já o caso brasileiro aproxima-se da trajetória alemã pela presença de um regime autoritário em seu momento fundador, também orientado para os objetivos de construção de um Estado Nacional e incorporação nele dos trabalhadores assalariados.⁴⁰ Contudo, de forma diversa da Alemanha, o WelfareState foi adotado à margem da participação trabalhista efetiva: na década de 1930 era reduzida a participação dos trabalhadores na estrutura industrial e pouco definida a constituição de uma identidade política nacional que lhes conferisse grande influência na cena política, o que se soma à feroz repressão do Estado.⁴¹

Desta forma, predominou a participação do Estado e da classe empresarial na montagem das políticas sociais modernas brasileiras. Desta coalizão criou-se um Estado de Bem Estar Social contencionista, cujo financiamento foi gerado pela transferência direta à coletividade, a fim de favorecer a indústria doméstica. Por último, os critérios de concessão de benefícios estavam diretamente relacionados à participação formal do indivíduo na economia. Motivada pelos movimentos populares, sobretudo pelo Movimento Sanitarista, a Carta de 1988 garantiu a criação do Sistema Único de Saúde,

³⁶ Devido à ineficiência do mercado em garantir a todos o acesso aos serviços de saúde, o Estado precisou intervir criando mecanismos para que os excluídos usufríssem da assistência à saúde. No caso estadunidense, criou-se em 1965, o Medicare e o Medicaid, respectivamente, responsáveis pela cobertura de idosos e comprovadamente pobres.

³⁷ Idem.

³⁸ Trata-se de contratos entre empresas empregadoras ou indivíduos/familiares e operadoras de saúde.

³⁹ Idem.

⁴⁰ O marco de adoção de políticas sociais modernas foi um momento importante para a construção do Estado brasileiro. Diante de toda trajetória histórica brasileira, em meados de 1930, ainda era muito frágil o conceito de nacionalismo no Brasil, por isso, o Estado ao delinear as primeiras leis trabalhistas e de importação estava também trazendo esses atores envolvidos para dentro do Estado e fazendo-os reconhecê-lo como tal.

⁴¹ DELGADO, *op cit.*

acompanhado dos princípios básicos da universalidade e gratuidade. No entanto, permitiu também a atividade das empresas privadas como suplementar ao sistema público de saúde e, ainda, o exercício liberal da medicina.

Na primeira sessão do texto acompanhamos as trajetórias paradigmáticas de três modelos do Estado de Bem Estar Social e o perfil do WelfareState brasileiro. Na próxima parte do trabalho nos deteremos ao texto de Jacob Hacker⁴² que permite fazer uma comparação entre os sistemas de saúde em três países com mesmo ancestral cultural, mas que desenvolveu diferentes trajetórias de assistência à saúde, como ferramenta para a análise do sistema de saúde brasileiro, uma vez que o sistema público de saúde brasileiro foi nitidamente inspirado no modelo inglês, no entanto desenvolveu contornos diversos no padrão britânico.

2.0 A influência das instituições nas trajetórias dos modelos de Estado de Bem Estar Social

No texto “The Historical Logic of National Health Insurance: Structure and Sequence in the Development of British, Canadian, and U.S. Medical Policy”, Jacob Hacker analisa o desenvolvimento do sistema de saúde da Inglaterra, do Canadá e do EUA. Três países com uma referência cultural, política e econômica anglo-saxônica; no entanto, com sistemas públicos de saúde bastante distintos; respectivamente: um sistema universal e gratuito, um sistema universal baseado em províncias predominantemente servido por instituições privadas, e, finalmente, um sistema público destinado aos grupos residuais. Conforme Hacher três fatores foram

⁴² HACKER, Jacob. “The Historical Logic of National Health Insurance: Structure and Sequence in the Development of British, Canadian, and U.S. Medical Policy”. *Studies in American Political Development*. (12) 1: 57 -130. 2010.

determinantes para o desabrochar da assistência a saúde nesses países, quais sejam: Setor Médico, Instituições governamentais/políticas e Empresas de saúde (planos, seguros).

Para tentar explicar as três diferentes trajetórias o autor elenca sete características-chaves de cada país. Quais sejam: estrutura governamental (Parlamento, República), 2) capacidade do estado (grande, médio ou pequena). 3) se o sistema é federativo ou não, (com pontos de vetos ou não). 4) cobertura inicial (se a cobertura foi dada a uma população residual ou a todos). 5) as medidas de expansão, 6) acesso e capacidade (se no momento de implantação do sistema já havia uma infra-estrutura montada ou não) e 7) força das empresas privadas de saúde (se era forte para impor seus interesses).⁴³

De acordo com os pressupostos do autor, nos países em que os médicos foram incorporados ao setor público juntamente com a criação dos sistemas públicos de saúde a resistência dessa categoria foi menor ao modelo universal. Ademais, países com maior capacidade do Estado também tiveram mais chances de prosperar um sistema público universal de saúde, pela possibilidade de investir. A presença de um governo federativo seria favorável à mitigação das decisões. Por fim, a ausência de empresas de saúde foi um diferencial para a garantia de sistemas de saúde público, uma vez que não houve pressão desse setor para o predomínio de um sistema de saúde privado.⁴⁴

No caso inglês, no momento de implantação do sistema de saúde público, o país era governado por um parlamento, com forte capacidade do Estado, não federativo, com uma cobertura inicial destinada aos assalariados, o acesso à assistência cresceu depois da capacidade de expansão; e havia um baixo poder das empresas de planos/seguro de saúde. Por fim, foi o único país entre os três que incorporou a classe médica ao sistema público de saúde no momento de sua criação. Resultando em um sistema público universal de saúde com a estatização dos hospitais – NHS.⁴⁵

O sistema de saúde público canadense teve sua gênese durante um governo parlamentar, com média capacidade do Estado, predomínio do estado federativo, com

⁴³ Idem.

⁴⁴ Idem.

⁴⁵ Idem.

cobertura inicial universal de hospitais. Além disso, o acesso ao sistema de saúde cresceu juntamente com a capacidade de expansão e havia médio poder das empresas de planos/seguro de saúde. Resultando em um Sistema Nacional de saúde baseado em províncias predominantemente servido por instituições privadas – Medicare.

Por fim, o caso norte-americano. Os EUA eram governado por uma República, com baixa capacidade do Estado, com pressupostos federativos. A cobertura inicial era destinada a idosos e miseráveis e o acesso a assistência à saúde cresceu após a expansão da capacidade; ademais, havia um alto poder das empresas de planos/seguros de saúde. Resultado: sistema de saúde privado com a assistência pública destinada a parcela residual – Medicare e Medicaid.

Ainda acompanhando o desenvolvimento dos sistemas de saúde nos três países, Hacker sugere a análise do século XX em três momentos decisivos como indicativos para o desenvolvimento da assistência à saúde nesses países.

Primeiramente o período de 1910 aos anos de 1940, o qual emergiu os primeiros sinais da falência das associações de moradores, que não mais conseguiam minimizar e atender as demandas da população fruto das mudanças sociais sofridas no início do século XX. Naquele momento, criou-se o consenso que o Estado deveria tomar certas medidas para modificar aquela conjuntura. É nesse período que os seguros sociais são implantados, a fim de dar conta das novas demandas daquela população.

O segundo período a se destacar, trata-se dos anos de 1940 a 1970, o qual predominou a implantação de sistemas de proteção. Tratava-se de um período pós Segunda Guerra Mundial, o qual criou-se o consenso que o Estado deveria intervir para minimizar as perdas da Guerra e estimular a economia dos países devastados.

E, finalmente, os anos de 1970 a 1995, com o cerceamento dos direitos, sobretudo pela crise do petróleo e, por isso, a quase ausência da aprovação de sistemas universais ou seguros.⁴⁶

Canadá e Inglaterra implementaram seus respectivos sistemas de saúde durante o segundo período delimitado por Hacker. Conforme o autor, havia uma conjuntura política e social favorável a essa política pública capaz de aglutinar esforços e mobilizar

⁴⁶ Idem.

ações em prol desse programa. A janela de oportunidade se abriu durante o período pós Segunda Grande Guerra Mundial, uma vez que existia o consenso de que os países deveriam investir em políticas sociais como uma forma de amenizar as perdas causadas pela Grande Guerra e como, também, um estímulo a economia

O sistema de saúde pública norte-americano, por sua vez, foi fundado em um período de cerceamento de direitos e durante uma conjuntura política e social desfavorável à implantação de seguros e sistemas universais de saúde. Ademais, as forças políticas formada pelos complexos médico-hospitalares impediram o desenvolvimento de um sistema universal ou de um seguro de saúde. No limite, foi assinado apenas um sistema público destinado a população residual, com predominância de um sistema privado.

Hacker alerta que a construção de Sistemas de saúde não é simples reflexo de uma cultura ou do desenvolvimento do complexo da saúde ou da classe médica. Seu efeito depende fundamentalmente da organização das instituições políticas através das quais as políticas nacionais de saúde devem passar. Oportunidades de mudanças na política de saúde chegam raramente e momentaneamente, freqüentemente por causa de grandes mudanças partidárias ou significativo choques externos. As perspectivas para a mudança de política durante esses momentos críticos dependem de dois fatores: os incentivos e as restrições criadas pela política, instituições e os legados herdados de políticas passadas. Três questões são importantes para decidir a trajetória dos países quanto à assistência a saúde. 1) se os governos não conseguem promulgar seguro nacional de saúde antes de uma parcela considerável do público está inscrito em planos de seguros privados, 2) se os programas de seguro público iniciais estão focados em populações residuais, como os idosos e os muito pobres, 3) se os esforços para construir a indústria médica precedeu a universalização do acesso.⁴⁷

2.1 O caso brasileiro

⁴⁷ Idem.

Ao analisar esses três casos podemos apresentar algumas reflexões sobre a trajetória do sistema de saúde pública no Brasil. Considerando as ressalvas devidas, visto que o texto de Hacker em nenhum momento cita o caso brasileiro, podemos nos debruchar sobre o panorama da saúde pública no Brasil devido a complexa contribuição do texto citado.

O caso inglês é paradigmático. A assinatura do Plano Beveridge em 1946 ocorre durante uma abertura de uma janela de oportunidade. Naquele período, pós segunda guerra mundial, existia o consenso de que os países deveriam investir em políticassociais como uma forma de amenizar as perdas causadas pela Grande Guerra e como, também, um estímulo a economia. Foi nesse contexto que a Inglaterra aprovou a concessão de direitos aos seus cidadãos. O sistema de saúde foi criado como universal e gratuito. Os médicos foram incorporados ao serviço público. Naquele momento não existia na Inglaterra fortes empresas de planos ou seguros privados de saúde ou uma classe médica organizada capaz de impedir ou desestabilizar a aprovação do projeto.

No Brasil, diferentemente, a assinatura do sistema de saúde público foi feita durante a década de 1980, movido por pressões de movimentos sociais, no entanto, durante um período de crise econômica mundial ocasionada pelo Petróleo. Adicionalmente, devido à resistência das grandes empresas de planos e seguros de saúde e a já estabelecida da classe médica, ficou garantido na Constituição a permissão para a medicina liberal e o sistema privado como complementar ao SUS.⁴⁸

A cobertura a assistência à saúde até a década de 1950 era garantida basicamente pelo Institutos profissionais, por meio de contratos, cobrindo assim apenas os trabalhadores e seus dependentes o acesso a assistência pública. Desde fins da década de 1960⁴⁹, um número crescente de trabalhadores passou a ser coberto pelos planos de saúde, seja mediante a celebração de contratos individuais, seja mediante a adesão a um

⁴⁸BOTARO, Nittina. *Saúde e Mercado: uma análise da atuação da ANS no fortalecimento do mercado de planos e seguros privados de saúde no Brasil*. Dissertação de mestrado. Departamento de História. Universidade Federal de Juiz de Fora. 2012.

⁴⁹ Os primeiros movimentos em prol da formação de medicina de grupo remetem a década de 1950, quando em São Paulo, alguns médicos desempregados uniram-se para fornecer assistência à saúde a funcionários e familiares de empresas em franca expansão. No entanto, o nítido desenvolvimento do setor privado só é verificado no início dos anos de 1960 (Histórico ABRAMGE, Acessado em cinco de setembro de 2009. Disponível em <www.abramge.com.br>).

contrato empresarial ou associativo.⁵⁰ Esse panorama foi determinado, sobretudo, por quatro fatores: o próspero crescimento industrial nacional; a natural ampliação da demanda da população por serviços médicos; o precário e insuficiente serviço de saúde disponível em diversas regiões brasileiras; o aumento do custo da medicina liberal, como consequência das novas descobertas científicas. No limite, verificamos que a medicina de grupo tornou-se uma solução alternativa ao sistema, e por vezes estimulada pelos empresários.⁵¹

Esse cenário se configurou, sobretudo, entre os anos de 1950 e início de 1960, quando predominou certa intervenção estatal pautada pelo estímulo a privatização dos serviços à saúde⁵². A participação dos médicos foi fundamental para que essa nova perspectiva fosse adotada, sendo eles os grandes divulgadores da livre escolha do paciente pelo médico e hospital para o tratamento. Assim, em termos gerais, a partir da segunda metade da década de 1950 verifica-se o aumento de atendimentos médicos fora das fábricas, amplamente apoiado pelas empresas de planos, empresariado e pelos médicos.

Até os anos de 1964, a assistência médica previdenciária era prestada, na sua grande maioria, pela rede de serviços próprios do IAPs, composta por hospitais, ambulatórios e médicos. A unificação dos IAPs, por sua vez, em 1967, associada aos estímulos para a privatização da assistência à saúde favoreceu ainda mais a condição do Estado de comprador de serviços privados de saúde. Além disso, o crescimento da indústria brasileira garantia um aumento de segurados e conseqüentemente um aumento da receita da Previdência Social. Diante da propalada ineficiência do setor público, os recursos da Previdência Social serviam à constituição das primeiras células de um

⁵⁰BAHIA, Lígia. *Padrões e Mudanças das Relações Público-Privado: Os Planos e Seguros Saúde no Brasil*. Tese de doutorado. Fundação Oswaldo Cruz. 1999

⁵¹MENUCUCCI, Telma Maria Gonçalves. *Público e Provado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: Atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

⁵²Enquanto no de 1960, 62% dos leitos no país eram particulares, sendo que 20% pertenciam ao subsetor lucrativo; no ano de 1962, esse montante já somava 68% e 45% desses leitos eram destinados ao subsetor lucrativo. (GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura; NORONHA, José e CARVALHO, José. *op cit.* p. 341) O investimento feito pela Previdência e empresas ao sistema privado de assistência à saúde na década de 1960, permitiu um alto desenvolvimento deste setor ao longo dos anos, consagrado nos anos 80, a ponto dos seguros e planos de saúde preferirem se afastarem do financiamento público, pelos baixos preços de pagamento.

sistema de assistência à saúde concentrado nos grandes centros urbanos e voltados ao atendimento de sintomas, conectando-se às ideias dos liberais.⁵³

O processo de universalização excludente se aprofundaria sob a tutela do INPS, cuja influência de técnicos com tendências privatizantes, oriundos dos IAPs, era marcante. Estavam sendo criadas as condições para o desenvolvimento de um complexo médico-industrial no Brasil, que se transformaria no principal comprador de serviços médico-hospitalares. Em paralelo, por meio do “convênio-empresa”, começaram a ser desenvolvidos esquemas privados entre empresas empregadoras e prestadores, que combinavam pacotes de serviços e seus respectivos preços para determinada quantidade de trabalhadores e seus familiares.⁵⁴

Na década de formalização do Sistema de Saúde Universal brasileiro, o Sistema Único de Saúde, o setor privado de serviços à saúde chegaria a cobrir 31 milhões de brasileiros, correspondentes a cerca de 22% da população da época. Ademais, os médicos encontravam-se em posição favorável com expansão de seus serviços e de modalidades seguros e planos exclusivos controlados por eles.⁵⁵

Seguindo os pressupostos do quadro teórico de Hacker, o estado brasileiro era governado por uma república, federativa, com um estado fraco, onde o acesso cresceu antes da expansão e destinado inicialmente apenas aos assalariados. Por fim, na década de 1980 havia uma forte presença da classe médica e das empresas de saúde. Assim, a assinatura do sistema de saúde público no Brasil foi alcançada, devido aos movimentos sociais, sobretudo pela mobilização aguerrido dos sanitaristas. Contudo, com ressalvas, uma vez que se permitiu a simultaneidade da prestação de serviços privados à saúde ao sistema público.

Numa reflexão mais ampla, a forte presença da classe médica e das empresas de saúde na década de 1980 frearam a possibilidade de implementação de um sistema de saúde universal com a estatização dos hospitais e dos servidores, tal como ocorreu na Inglaterra.

⁵³ BOTARO, *op cit.*

⁵⁴ MATOS, João Boaventura Branco de. *As transformações da regulação em saúde suplementar no contexto das crises e mudanças do papel do Estado*. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2011. p.115.

⁵⁵ Idem.

3. Referências Bibliográficas

BAHIA, Ligia. *Padrões e Mudanças das Relações Público-Privado: Os Planos e Seguros Saúde no Brasil*. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. 1999.

BOTARO, Nittina. *Saúde e Mercado: uma análise da atuação da ANS no fortalecimento do mercado de planos e seguros privados de saúde no Brasil*. Dissertação de mestrado. Departamento de História. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora. 2012.

DELGADO, Ignacio. *Previdência Social e Mercado no Brasil a presença empresarial na trajetória da política social brasileira*. São Paulo: LTr. 2001.

ESPING ANDERSEN, G. "As três Economias Políticas do WelfareState".IN: *Revista Lua Nova*, n 24. 1991.

GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelhos; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (org). *Política e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GOUCHIAN. *The Political Economy of the Welfare State*. London: Macmillan Press Ltd. 1979.

HACKER, Jacob. "The Historical Logic of National Health Insurance: Structure and Sequence in the Development of British, Canadian, and U.S. Medical Policy". IN: *Studies in American Political Development*. (12) 1: 57 -130. 2010.

IMMERGUT, E.M. "As regras do jogo: A lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia." In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, (30):139-1651. 1996.

MATOS, João Boaventura Branco de. *As transformações da regulação em saúde suplementar no contexto das crises e mudanças do papel do Estado*. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2011.

MENUCUCCI, Telma Maria Gonçalves. *Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: Atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

POLANYI, Karl. *A Grande Transformação - as origens de nossa época*. Rio de Janeiro: Editora Campus Ltda, 1980.

RUESCHEMEYER, Dietrich; STEPHENS, Evelyne Huber; STEPHENS, John D. *Capitalist Development and Democracy*. Chicago: University of Chicago: 1992.



SWAAN . A. In *Care of the State*. Cambridge: Polity Press. 1996.