



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - UNICAMP  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

---

**Como o sistema de saúde brasileiro contribui para a manutenção e reprodução  
do Capital?**

Victor Vilela Dourado

Orientador: *Gastão Wagner de Sousa Campos*

Campinas, 2013

# ÍNDICE

1) Resumo .....	3
2) Identificação .....	3
3) Introdução.....	3
4) Métodos utilizados.....	4
5) Resultados .....	4
5.1) Pressupostos teóricos .....	4
5.2) As atuais lutas no campo da saúde .....	5
5.3) Acesso aos serviços médicos .....	5
5.3.1) Desenvolvimento histórico do sistema de saúde brasileiro e o SUS.....	7
5.3.2) A ascensão do Neoliberalismo e o Banco Mundial.....	8
5.3.3) Organismos internacionais e as propostas de políticas públicas na área da saúde .....	8
5.3.4) As transformações após a reforma sanitária .....	9
5.3.5) Financiamento público para o setor privado e inserção da lógica privada no setor público .....	19
5.3.6) O sistema de saúde brasileiro: o setor privado e o SUS.....	11
5.3.7) O setor privado na saúde .....	12
5.4) Medicina na sociedade de classes.....	13
5.4.a) Normatização .....	13
5.4.b) Consumo de mercadorias do complexo médico hospitalar .....	14
5.4.c) Reprodução da força de trabalho .....	15
5.4.d) Contenção Social .....	16
6) Conclusão .....	17
7) Referência Bibliográfica .....	18
8) Perspectivas de continuidade ou desdobramento do trabalho.....	20
9) Apoio .....	20
10) Agradecimentos.....	20

## 1. Resumo

Nas lutas no campo da saúde nos deparamos com a seguinte questão: Qual seria o papel da saúde na sociedade em que vivemos e em que aspectos ela contribui para a reprodução dessa formação social? Em busca de respostas para esse questionamento realizamos uma revisão bibliográfica em livros, teses e artigos de autores que estudaram sobre o papel que a medicina exerce em uma sociedade de classes. No decorrer da pesquisa, nos identificamos com os teóricos que buscam romper com a concepção de neutralidade e analisam as especificidades assumidas pela prática médica sob o Capitalismo. A partir dessas premissas, estudamos o sistema de saúde brasileiro e sua história: a reforma sanitária, a criação e implementação e consolidação do SUS. Nessa análise buscamos entender quais os mecanismos pelos quais o sistema de saúde pode contribuir na reprodução do sistema de produção e quais seriam os mais relevantes no atual momento histórico. Essa pesquisa é de extrema importância para compreendermos o desenvolvimento histórico da conformação dos serviços de saúde no Brasil e suas transformações, o entendimento do papel exercido pela medicina nos ajuda a entender as transformações decorrentes da reforma sanitária, a criação e implementação do SUS e, acima de tudo, para a compreensão da realidade atual, ou seja, os caminhos percorridos pelo sistema de saúde brasileiro nos últimos 20 anos e a atual conjuntura da saúde. Nossas conclusões apontam que o SUS não representa uma ameaça a ordem burguesa, nem se contrapõe a sua existência, muito pelo contrário, atua de diversas formas na manutenção e reprodução da sociedade de classes. A partir desse entendimento, encaramos que há contradições e tensionamentos na organização dos serviços de saúde que podem ser explorados para mobilizar a população rumo a transformações sociais que extrapolem o campo da saúde. Nesse contexto o estudo da conformação atual do serviço de saúde brasileiro é de importância fundamental para a rearticulação e retomada das lutas no campo da saúde.

**Palavras chave:** Medicina e Capitalismo; Medicina e sociedade; saúde e sociedade; Trabalho em saúde; atenção à saúde e controle social; Medicina e classes sociais; Complexo produtivo da saúde, Medicalização.

## 2. Identificação

O projeto, intitulado, “**Como o sistema de saúde brasileiro contribui para a manutenção e reprodução do Capital?**”, foi desenvolvido pelo estudante Victor Vilela Dourado, RA 083014 em conjunto com as orientações do Professor Doutor Gastão Wagner de Sousa Campos, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, do Departamento de Medicina Preventiva e Social. Desenvolvido durante o período de 01/agosto/2011 a 31/julho/2012.

## 3. Introdução

No último projeto de pesquisa fizemos uma revisão de bibliografia sobre o papel da saúde na sociedade capitalista e como a saúde pode contribuir na manutenção e desenvolvimento dessa organização social. Pretendemos continuar trilhando essa linha de pesquisa, partindo daqueles mesmos pressupostos teóricos da anterior e utilizando-se dos autores que afirmam que a medicina não cumpre um papel de neutralidade, mas sim que, sob diversos aspectos, contribui para a manutenção e reprodução do capitalismo.

Entendemos que é de extrema importância analisarmos as especificidades assumidas pela medicina na sociedade de classes e que, para isso, precisamos romper com a concepção de neutralidade, buscando identificar as formas pelas quais ela exprime as determinações próprias a essa estrutura social. Ao realizar essa análise não se pretende negar as formas pelas quais a classe trabalhadora consegue realizar conquistas por melhores condições de vida e acesso aos serviços de saúde.

Alguns autores que defendem a concepção de parcialidade da medicina acreditam que a mesma cumpre um papel de manutenção da sociedade em que vivemos. Dessa maneira, a interferência da forma como se organiza a sociedade se refletiria na forma como se organiza a prestação de serviços médicos de diversas maneiras. (AROUCA, 1975; DONANGELO, 1979)

Segundo a visão dos autores que afirmam o papel da medicina como reprodutora da sociedade capitalista, a prática médica assume funções sociais básicas, tais como: (1) Normatização; (2) Reprodução da força de trabalho; (3) Consumo de mercadorias do complexo médico-hospitalar; (4) Contenção Social; (5) Realização da mais-valia diretamente através da exploração do trabalho do médico (DONNANGELO, 1979; NAVARRO, 1979; POLACK, 1971).

Linhas de pesquisa como a da DONNANGELO, NAVARRO E POLACK apresentaram pouco desenvolvimento a partir da década de 90. Os principais trabalhos que discutem essa questão já têm pelo menos

20-30 anos. Esse fato obviamente não é aleatório, sugere o comprometimento dos principais quadros da saúde do último ciclo de lutas sociais com os governos, a luta institucional e a implantação do SUS.

A partir disso, decidimos adotar como objeto de análise do nosso estudo os trabalhos que compreendem a prática médica como reprodutora da sociedade em que vivemos, em particular aqueles que realizam essa análise utilizando elementos da realidade nacional.

O debate acerca do papel exercido pela medicina em uma sociedade de classes não faria sentido sem a análise dos sistemas de saúde existentes. Esse é o alvo da pesquisa atual. Trazer o debate do papel exercido pela medicina numa sociedade capitalista à análise do Sistema de Saúde Brasileiro. Buscando entender as transformações em curso e de que forma aquelas características gerais se encaixam na realidade particular do sistema de saúde brasileiro.

## 4. Métodos Utilizados

O presente estudo foi realizado a partir de revisão bibliográfica de autores que estudam o papel dos serviços de saúde brasileiros, em especial o desenvolvimento realizado nos últimos 20-30 anos. Buscando elementos para compreender os aspectos em que esse sistema contribuiu no desenvolvimento capitalista, tanto no âmbito do setor saúde como na reprodução das relações de classe e reafirmação da sociedade capitalista como um todo. Busquei autores que realizaram análises da conjuntura atual do Sistema de Saúde Brasileiro e os movimentos realizados nas últimas décadas, havendo compilação de dados e síntese dos mesmos para se chegar a conclusões concretas.

Foi realizada pesquisa de artigos e papers no site do SCIELO ([www.scielo.org](http://www.scielo.org)) com os seguintes marcadores: “*medicina e sociedade*”; “*saúde e sociedade*”; “*saúde suplementar*”; “*complexo médico industrial*”.

No entanto a maioria das referências bibliográficas foram livros e teses defendidas em mestrado e doutorado sobre o assunto e publicadas em forma de livros ou de publicação online, livros e artigos científicos.

Nessa pesquisa nos deparamos com um trabalho que conseguiu sintetizar vários aspectos da relação do capitalismo com a medicina, refiro-me ao estudo da DONANGELO (“*medicina na sociedade de classes*”). Utilizamos esse trabalho como orientador de nossas pesquisas e nos utilizamos de outros trabalhos que complementavam a análise iniciada pela DONANGELO.

Utilizamos textos mais direcionados a “*economia da saúde*” como: “*Radiografia da saúde*”, Barjas Negri; “*A indústria da saúde no Brasil*” e “*As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*”, Hésio Cordeiro; “*Anatomia da privatização neoliberal do Sistema Único de Saúde*”, Fabiano Borges; “*Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado: Seguros e Planos de Saúde no Brasil*” e outros artigos, capítulos e livros de Lígia Bahia; “*Gestão Pública e Relação Público-Privado na Saúde*” e outras publicações do CEBES.

Entendemos que, dessa maneira, pudemos realizar uma síntese dos principais aspectos da relação entre SUS e Capitalismo, obviamente não há como esgotar as possibilidades de relação. Buscamos também apreender o “*movimento*” realizado nessas últimas décadas e as transformações vividas pelo SUS.

Nosso objeto de estudo tem como característica fundamental a constante transformação e criação de novas interrelações, precisamos entendê-lo como processo contínuo e intimamente ligado ao processo de desenvolvimento capitalista.

## 5. Resultados

### 5.1 – Pressupostos teóricos

A pesquisa atual é resultado dos meus estudos anteriores sobre o desenvolvimento histórico do trabalho em saúde (DOURADO, 2011) e do papel exercido pela medicina na sociedade capitalista (DOURADO, 2012). O presente estudo busca aplicar as teses defendidas nas pesquisas anteriores à análise do sistema de saúde brasileiro.

Pretendemos realizar a análise do sistema de saúde brasileiro tentando buscar aspectos que evidenciem essas funções enumeradas acima. Pretendemos trazer esse debate retomando a linha de pesquisa de autores como a DONANGELO.

Para realizar uma análise do SUS e de como ele se insere no contexto brasileiro é necessário entendê-lo como fazendo parte de um processo histórico que se inicia muito antes do processo de reforma sanitária, é importante o conhecimento sobre o desenvolvimento dos serviços de saúde no Brasil e seu processo de incorporação de diferentes parcelas do proletariado aos serviços públicos e privados de saúde. É necessário também entendê-lo como uma apresentação particular de um movimento maior, ou seja, as transformações na saúde estão vinculadas a transformações da sociedade como um todo sejam de ordem econômica, política e social.

Precisamos também ter em mente que o desenvolvimento do sistema de saúde no Brasil não aconteceu de forma crescente e linear, mas, sim, como um processo dialético, que superava as contradições de um momento histórico ao mesmo tempo em que não levava à ruptura do modelo anterior (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1985). É particularmente importante termos clareza dessa visão na análise da Reforma Sanitária, a qual muitas vezes é analisada como uma subversão total da ordem anterior, desconectando-a dos reais interesses envolvidos na sua formulação e efetivação (CAMPOS, 1988; PAIM, 2008; TUBERO, 2011).

## **5.2 – As atuais lutas no campo da saúde**

O entendimento do papel da medicina e da produção de saúde na sociedade capitalista é um tema sempre atual e em particular em nosso momento histórico assume uma posição importante tendo em vista o quadro atual da luta de classes no Brasil. São comuns os artigos e os debates acerca dos avanços neoliberais sobre o SUS, gerando precarização dos seus serviços, privatização e o aprofundamento do subfinanciamento, tudo isso “apesar” do crescimento do PIB brasileiro na última década. Esses debates são imprescindíveis, pois levantam a questão urgente da mobilização popular em torno da bandeira de “defesa das conquistas do SUS”, das lutas contra esse processo de precarização e privatização da saúde pública e partem do conceito, com o qual tenho concordância, de que a conformação dos serviços de saúde de um dado momento histórico é o produto não só dos interesses da classe dominante, mas do resultado das lutas de classe.

No entanto, não vemos nessa discussão uma questão de fundo importantíssima: quais os limites das conquistas do movimento de reforma sanitária, ou ainda, quais os limites das conquistas na saúde no modo de produção capitalista e mais: como o SUS serve aos interesses do Capital e, portanto, mantém e aprofunda a estrutura de classes no Brasil?

São comuns artigos e movimentos sociais que contrapõem os interesses do SUS aos interesses do Capital ou ainda que colocam como meta final a implementação do SUS segundo a constituição de 88. Mas o que isso realmente significa?

É essencial para avançarmos nessa discussão entendermos primeiro como a saúde serve aos interesses Capitalistas e percebermos que os interesses do Capital vão muito além da geração direta de mais valia através dos planos de saúde privados. Para isso optei na minha pesquisa em direcionar minha bibliografia aos artigos e livros que compreendem a medicina como reprodutora da sociedade Capitalista e ao realizar essa afirmação não estou querendo suprimir o peso da luta de classes na organização e distribuição dos serviços de saúde, mas aprofundar a análise das formas em que a medicina serve aos interesses do Capital.

Ressalto a importância de entendermos quais as formas que o capitalismo utiliza-se da produção de saúde em seu favor para que as bandeiras da classe revolucionária não sejam apropriadas e convertidas pelo Capital em seu favor. A importância que estou dando para entendermos os limites da produção em saúde no Capitalismo vem no sentido de, ao sabermos os limites das conquistas no atual modo de produção, tencionarmos esses limites rumo à superação da sociedade atual e não no sentido utilizado pelos movimentos políticos de décadas passadas de limitar suas lutas ao “possível” sempre tentando uma conciliação de interesses entre as classes antagônicas.

## **5.3 – Acesso aos serviços médicos**

Alguns autores que defendem uma parcialidade da medicina acreditam que a mesma cumpre um papel de manutenção da sociedade em que vivemos. Dessa maneira, a interferência da forma como se organiza a sociedade se refletiria na forma como se organiza a prestação de serviços médicos de diversas maneiras, dentre elas a mais evidente seria a extensão do acesso aos serviços médicos. Para ilustrar esse aspecto é interessante fazermos uma breve retrospectiva histórica do alcance dos serviços de saúde no Brasil.

É evidente em nossa sociedade que há uma distinção da medicina disponível para as diferentes classes sociais, essa distinção é evidente no Brasil, EUA e muitos outros países que contam com um sistema de saúde público precário ou inexistente coexistindo com serviços privados que garantem o acesso a serviços médicos para aqueles que tem possibilidade de pagar, obviamente com diferentes graus de acesso dependendo das diferentes possibilidades de pagamento.

No entanto, a diferenciação no acesso entre as diferentes classes sociais tem sido registrada mesmo em sociedades onde a forma de organização dos serviços médicos faria supor a ocorrência de um padrão “igualitário” de consumo, como na Inglaterra e demais países que por muito tempo tiveram governos social-democratas que tentaram manter um estado de bem-estar social (HART, 1971). Essa diferenciação do acesso manteve-se desde a criação desses sistemas de saúde, mas tem se tornado cada vez mais evidente. Atualmente podemos assistir nesses países um processo violento de perda de direitos conquistados ao longo do século XX e que estão sendo arrancados apesar das intensas manifestações em vários desses países ao longo dos últimos 20 anos e mais evidentemente com a atual crise econômica, nos últimos 4 anos.

Essa distinção entre a saúde das diferentes classes sociais não é algo propriamente novo, uma vez que a própria medicina antiga (anterior ao capitalismo) já difere, em sua prática, segundo a origem social do paciente. Essa diferenciação, no entanto, adquire especificidade nas sociedades capitalistas como decorrência da forma pela qual nela se projetam o fator trabalho e as relações de classe. Podemos perceber no Brasil que, ao longo do último século, o cuidado médico se generalizou amplamente, porém temos que ter claro que esse processo não correspondeu a um fenômeno simples e linear de aumento de um consumo específico, mas sim que ele se deu através de uma complexa dinâmica econômica e política na qual se expressaram os interesses e o poder das diferentes classes sociais. Essa expansão se deu como resposta às necessidades de manter os trabalhadores em condições de saúde que os permitissem produzir mais eficientemente e garantir a ampliação da expropriação da mais-valia, mas também foi resultado das intensas lutas e manifestações dos trabalhadores.

É interessante observar que nessa expansão houve uma seletividade dos grupos sociais a serem incorporados ao cuidado médico de acordo com sua importância na produção econômica, por exemplo, no Brasil os primeiros sistemas de seguridade social e de assistência médica só incluíam os marítimos e ferroviários, imprescindíveis para a exportação no início do século passado. Conforme a economia se desenvolveu, foram incorporados novos grupos de trabalhadores em especial aqueles importantes para o desenvolvimento industrial. Esse processo foi se ampliando até incluir todos os trabalhadores com carteira assinada.

Outro aspecto importante, principalmente após a implantação do SUS, é que há uma diferenciação das instituições médicas voltadas para diferentes tipos de ações e diferentes tipos de clientela, a qual se expressa em grande parte em seu caráter “privado” ou “estatal”, mas que não se esgota aí. Um exemplo desse aspecto é que hoje boa parte dos trabalhadores com carteira assinada tem planos de saúde, o que garante a eles um melhor acesso à serviços saúde que aqueles que dependem unicamente do sistema público. Ou seja, os trabalhadores mais importantes para a produção de mais-valia recebem um melhor atendimento médico, obviamente não devido à caridade dos seus patrões, mas decorrente da maior capacidade de reivindicação desses trabalhadores e da preocupação dos seus patrões com a interrupção do processo produtivo e da geração de mais-valia.

É preciso entender que o acesso a serviços de saúde ainda não é uma conquista universal (ou seja, não aconteceu em todos os países, nem para toda a população dos países que contam com um sistema de saúde público, mesmo aqueles que se dizem universais). A exclusão ainda atual de determinadas camadas sociais do acesso a tais cuidados, tanto em sociedades capitalistas centrais quanto nas dependentes, e a constatação de que a medicina reproduz o caráter de classe da sociedade, na forma pela qual seleciona patologias, incorpora e utiliza a tecnologia, favorece o atendimento diferencial das classes sociais (uma atenção à saúde diferente para quem é rico e para quem é pobre), tem levado a medicina, com frequência, ao centro do debate político acerca da maneira como nossa sociedade funciona e das contradições que ela produz. Ou seja, no acesso a saúde fica exposto com mais evidência as contradições e iniquidades de uma organização social centrada na produção do lucro acima do bem-estar e da saúde dos indivíduos.

Não podemos entender o processo de extensão dos serviços médicos como um processo linear em que o caminho “natural” das sociedades seja garantir uma saúde pública e universal. Algumas análises sobre essa questão parecem apontar para a ampliação dos serviços públicos de saúde como constituintes de um desenvolvimento evolutivo natural para as sociedades Capitalistas avançadas. Por exemplo, o Brasil e outros países capitalistas ainda não tem um sistema de saúde público universal, por ainda serem “*subdesenvolvidos*”, um dia, quando se desenvolverem economicamente, alcançarão o status de “*desenvolvidos*” e, conseguirão chegar a posição que almejam: ser uma França, Inglaterra ou quem sabe até uma Suécia ou Noruega, países em que há diversas garantias sociais aos trabalhadores. Essa análise é equivocada não só nos seus princípios, mas principalmente em seus apontamentos: se para garantirmos um serviço de saúde público de qualidade precisamos nos tornar países Capitalistas desenvolvidos, então a tarefa que se impõe atualmente seria o de desenvolvermos o Capitalismo brasileiro.

Essa conclusão trás sérias implicações para os movimentos sociais e partidos que a assumem, pois esse posicionamento de colaboração no desenvolvimento do capitalismo brasileiro torna necessária uma política de apaziguamento da luta de classes e propõe aos trabalhadores que seus direitos serão “concedidos” pela burguesia, claro que em um momento onde isso seja “possível”, negam-se, portanto, ao conflito aberto e constante em busca de melhores condições de vida e trabalho e de transformações sociais mais profundas.

Para se contrapor a essa concepção podemos realizar uma breve análise dos recentes processos de reforma nos sistemas de saúde (em particular os europeus) e perceber que eles apontam no sentido contrário. Primeiro, evidenciam que a garantia de uma saúde pública de qualidade não é um processo evolutivo e linear, mas apresenta momentos de recuo e perda de direitos. Segundo, evidencia que a característica fundamental para garantir serviços de saúde públicos de qualidade não é o desenvolvimento Capitalista, demonstra também que esses direitos conquistados não ficam assegurados permanentemente, mas dependem da correlação de forças entre as classes sociais e das necessidades históricas do Capitalismo.

Nesse sentido, ao analisarmos as recentes reviravoltas no sistema de saúde europeu vemos que existe um movimento em curso no sistema capitalista para avançar e aprofundar algumas transformações que se iniciaram na década de 70-80, mas que para se efetivarem dependem do desenrolar da luta de classes nos próximos anos.

As atuais transformações em curso nos permitem notar que os processos mais recentes de reforma nos sistemas de saúde caminham para uma coexistência entre iniciativa privada e serviços de saúde estatais, apontam também para uma expansão do Capital sobre esse setor, que antes era improdutivo. Apesar de observarmos essas tendências, não podemos prever os próximos passos, eles dependem da correlação de forças na luta de classes do próximo ciclo de lutas. O plano do Capital para escapar da atual crise do sistema econômico aponta no sentido de uma expansão sobre os serviços até então fornecidos pelo Estado para permitir a reprodução do Capital em setores antes improdutivos, mas sua efetivação não está garantida e depende também da capacidade de mobilização das massas trabalhadoras, que já dá sinais de que não será apenas espectadora desse processo.

Buscaremos desenvolver a seguir que não é somente através da extensão dos serviços de saúde que a sociedade capitalista imprime suas características à prática médica.

### 5.3.1 – Desenvolvimento histórico do sistema de saúde brasileiro e o SUS

Para explicar a oferta de serviços de saúde no Brasil atual irei realizar uma breve retomada histórica do processo de reforma sanitária e das décadas de implementação do SUS.

Quando se estuda as políticas de Saúde Pública brasileira desde o início do século XX, passando pela criação do Sistema Único de Saúde, até a atualidade, deve-se ter em mente que uma série de transformações ocorreu, entretanto, se era de se esperar uma concomitância entre o crescimento das práticas sanitária e o desenvolvimento socioeconômico, isso não se consolidou. Uma vez que cabia ao Poder Executivo criar condições favoráveis ao desenvolvimento econômico a partir da perspectiva da classe política e economicamente dominante, a administração da saúde coletiva era permeada por essa lógica: transformações bem-vindas eram realizadas dentro de limites que facilitassem a legitimação dessa classe frente à sociedade. Essa evolução do sistema de produção de saúde do Brasil não aconteceu de forma crescente e linear, mas, sim, como um processo dialético, que superava as contradições de um momento histórico ao mesmo tempo em que não levava à ruptura do modelo anterior.

Consideramos que a Saúde pública, como os demais serviços prestados pelo Estado brasileiro, obedece aos interesses da classe dominante. Isso torna mais claro para nós que os governos neoliberais que sucederam a criação do SUS e alteraram sua conformação, se configuram mais como um processo de adaptação do sistema público às necessidades de acumulação de Capital daquele momento histórico que a uma ruptura do modelo original e o desmonte do SUS. O que vemos no contexto atual não é uma disputa entre o Estatal e o Privado; os principais projetos políticos em disputa no Brasil hoje, não são antagônicos, longe disso, são modelos que disputam como gerir o Capitalismo para permitir maiores taxas de lucro aos diferentes setores da burguesia.

Ao longo dos anos 80, o Movimento de Reforma Sanitária ganha corpo, passando a englobar os movimentos populares, como o Movimento Popular de Saúde (MOPS), que ressurgem no final da década de 70, mesmo com a repressão do regime militar, e os secretários de saúde que, com a distensão do regime autoritário, foram pouco a pouco ocupando espaços na burocracia estatal. O auge do embate político foi a VIII Conferência Nacional da Saúde, em 1986, com a presença de 4 mil pessoas, entre intelectuais, gestores, trabalhadores e movimentos populares; marco na definição dos princípios doutrinários para a mudança como universalidade, equidade, integralidade e participação popular que seriam proposta a Constituinte que criaria o SUS, em 1988.

Claramente, podemos analisar que o Movimento de Reforma Sanitária não pode ser entendido como um movimento homogêneo, dadas as forças políticas que o compunham e suas formas organizativas ou padrões de demanda diferenciados. Na própria VIII Conferência Nacional da Saúde, pode-se notar divergências internas quanto a alguns contornos de sua formação. Enquanto, por um lado, alguns setores defendiam uma saúde pública universal, outros defendiam uma saúde pública universal e 100% estatal. Para uns, o setor privado deveria ser completamente estatizado, outros defendiam que deveria ser complementar ao setor público e, aos poucos, abolido. A proposta do SUS exclusivamente estatal foi suplantada como reflexo da correlação de forças presentes naquele momento histórico. (TUBERO, 2011)

### 5.3.2 – A ascensão do Neoliberalismo e o Banco Mundial

A emergência do Estado de Bem-Estar Social foi consequência de uma série de fatores conjugados, para além da conjuntura de crescimento econômico após a Segunda Guerra: a conquista de direitos sociais e trabalhistas pelo movimento operário europeu, após mais de um século de embates; o receio de novas crises econômicas após a quebra da Bolsa de Nova York, em 1929; a experiência keynesiana anterior nos Estados

Unidos, com o New Deal, durante o governo Roosevelt; a ascensão ao poder de partidos socialdemocratas, trabalhistas ou socialistas; o fortalecimento dos partidos comunistas após a guerra, graças à participação destacada na resistência ao Nazifascismo em seus países e ao prestígio conquistado pela União Soviética em função de sua decisiva atuação para a derrota da Alemanha nazista e para a libertação dos territórios sob domínio alemão; a pressão político-ideológica exercida pelo bloco socialista, que se apresentava como uma outra possibilidade de organização social (alternativa ao Capitalismo).

O boom econômico terminava nos anos 1970, em grande parte porque a competição entre as grandes potências capitalistas produzia uma crise de superprodução e queda da taxa de lucros. Começava um novo movimento descendente na economia capitalista globalizada e como alternativa para tentar sair da crise foi proposta uma nova política econômica, o neoliberalismo, implementado por seus representantes políticos que passaram a ascender ao poder em diversos países ocidentais (Margaret Thatcher, 1979, Inglaterra; Ronald Reagan, 1980, EUA; Helmut Kohl, 1982, Alemanha; Schluter, 1983, Dinamarca).

Dessa forma, as metas supremas dos governos neoliberais passavam a ser a estabilidade monetária. Isso significava a contenção dos gastos promovidos pelo Estado de Bem-Estar Social e a redução progressiva dos investimentos em políticas sociais. Segundo este receituário, uma nova e saudável desigualdade deveria ser estimulada para voltar a dinamizar as economias avançadas.

Dentre as principais políticas adotadas pelos governos neoliberais estavam os programas de privatizações de empresas estatais nos setores estratégicos e de serviços públicos, favorecendo o avanço dos processos de oligopolização e monopolização do capital. Nesse contexto, em que os investimentos em outras áreas da produção tornam-se menos rentáveis devido à queda tendencial da taxa de lucros, os capitalistas buscam novos setores para produção de mais-valia, antes improdutivos, como: saúde, educação, seguridade social. (ANTUNES, 2010)

Nesse contexto, o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional assumem papéis políticos importantes, uma vez que ditam as diretrizes de como deveriam ser estruturados tais serviços em diversos países. Por um lado atuam como um mero agente financeiro e fiscalizador, gerenciando créditos e dívidas astronômicas; por outro, reforçam seu caráter repressivo e reprodutor, assegurando a manutenção da ordem pública e das desigualdades sociais. A institucionalidade do poder supranacional se materializa, fundamentalmente, nesses organismos, Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional - FMI. Estes Organismos, com funções distintas, mas complementares, têm procurado estender seu alcance e seu poder de influência a diversos setores e campos de atuação, assumido uma postura intervencionista e normativa, constituindo-se em formulador de políticas econômicas e sociais. (TUBERO, 2012)

A importância dada ao acesso à assistência à saúde pelo Banco Mundial, que passa a incluir o setor saúde como pauta de financiamento se dá uma vez que este setor passou a se constituir em um importante mercado a ser explorado pelo capital. Estatísticas revelam que, no mundo, consome-se com serviços de saúde em torno de US\$ 1,7 trilhão (dados de 1990), ou seja, 8% do produto total mundial, em uma faixa que vai de 4% do PIB nos países em desenvolvimento a 12 % do PIB nos países desenvolvidos de alta renda, significando um mercado nada desprezível para o investimento do capital e sua valorização. (BRAVO, 2006)

### 5.3.3 – Organismos internacionais e as propostas de políticas públicas na área da saúde

Pensando na limitação da atuação do setor público e na ampliação do setor privado na prestação de serviços de saúde brasileiro, o Banco Mundial propõe uma distinção inicial sobre as tarefas do setor público e do setor privado, caracterizando os espaços de cada um da seguinte forma:

“O setor público é o responsável quase exclusivo pelas tarefas essenciais de regulamentação, promoção e educação, e tem importante papel a cumprir em matéria de financiamento. A prestação de serviços deve ser feita por toda e qualquer entidade capaz de prestá-los mais eficientemente dentro da política geral estabelecida pelo setor público” (Banco Mundial, 1991).

As propostas e estratégias do Banco Mundial para a “satisfação das necessidades básicas”, colocam estas num sistema fechado, desconsiderando, no caso da saúde, tanto a complexidade do processo saúde-doença como os avanços científicos e tecnológicos conseguidos neste campo. A noção do que é “essencial” e de “necessidades básicas”, que acompanham as orientações do Banco, limita-se ao que é orgânico e a mera reprodução biológica. Para dar conta deste conceito de necessidades, bastariam, conforme propõe o Banco, “pacotes de serviços clínicos essenciais” e “serviços de saúde pública”, que fizessem uso de baixa tecnologia e de procedimentos simplificados e limitados. (RIZZOTTO, 2000)

As diretrizes e orientações políticas que o Banco Mundial propõe se baseiam em um modelo de assistência com características específicas destinado aos mais pobres. Isso pressupõe a necessidade de outro modelo para os “não pobres”, ou seja, um fornecido pelo Estado para quem não tem condições de pagar, e outro, para o restante da população que de alguma forma poderia arcar com os custos de sua saúde, este por



certo ficaria a cargo da iniciativa privada. A política de dar aos pobres o mínimo indispensável para a sua sobrevivência, por meio de programas nas áreas sociais, parece revelar uma preocupação com a possibilidade de que extremos de miserabilidade podem transformar-se em reais ameaças à estabilidade política, necessária ao avanço da modernidade, a acumulação e a expansão econômica, regidas pelas leis do mercado.

Também tem como objetivo facilitar o ingresso da iniciativa privada na oferta de serviços de saúde, ao mesmo tempo em que contribui para a redefinição do papel do estado, já que as propostas do Banco Mundial para a ação estatal se limitam a programas destinados às populações mais pobres, centrados em ações de promoção e prevenção da saúde, que tenham custos reduzidos e efeitos impactantes.

#### 5.3.4 – As Transformações após a Reforma Sanitária

É imprescindível ressaltar os avanços obtidos com a implantação do Sistema Único de Saúde, o acesso aos serviços de saúde no Brasil melhorou consideravelmente após a criação do SUS. Apesar das limitações, o SUS conseguiu melhorar amplamente o acesso à atenção básica e de emergência, atingir uma cobertura universal de vacinação e assistência pré-natal e investir fortemente na expansão dos recursos humanos e de tecnologia, incluindo grandes esforços para fabricar os produtos farmacêuticos mais essenciais ao país.

Na PNAD<sup>1</sup> realizada em 1981, antes da criação do SUS, 8% da população (9,2 milhões de pessoas) afirmava ter usado serviço de saúde nos últimos trinta dias, enquanto em 2008, 14,2% da população (26.866.869 pessoas) relatavam uso de serviços de saúde nos últimos quinze dias, o que representa um aumento de 174% no uso de serviços de saúde. (PAIM, 2011)

O processo de reforma sanitária e o SUS modificaram totalmente o panorama da saúde no Brasil, isso é inegável. Mas o que gostaria de destacar na minha pesquisa é que a grande transformação do setor saúde nos últimos 20-30 anos não é o crescimento e efetivação do SUS como um sistema de saúde universal e integral como foi idealizado por alguns setores populares no processo de reforma sanitária. Mas ao contrário, o cenário das últimas décadas é marcado por uma expansão sem precedentes do setor privado e uma transformação talvez ainda não totalmente acabada do papel do setor público.

Com certeza houve uma mudança muito grande do foco dos serviços públicos de saúde em relação ao que ocorria nos tempos dos fundos de pensão na era Vargas. Naquele período os investimentos públicos eram centrados nos trabalhadores com carteira assinada e tinham como local prioritário da promoção da saúde os hospitais (organizados até mesmo de acordo com as categorias profissionais a serem atendidas).

Os últimos 20-30 anos foram de intensas transformações, ainda em curso, na cobertura dos serviços de saúde públicos e privados, mas podemos tentar captar algumas tendências desse processo.

Alguns números são interessantes, como o aumento do gasto com o desembolso direto pelos brasileiros, que passou de 9% em 1981 para 19% em 2008. Em 1981, 6% das internações hospitalares foram pagas por planos de saúde privados, uma proporção que cresceu 20% em 2008. O volume de atendimentos dos seguros privados de saúde cresceu 466% de 1981 a 1998, e a participação do gasto com saúde, no Brasil, de seguros privados passou de 9% em 1981 para 21% em 2008. Em 1981, o sistema de previdência social pagou 75% das internações hospitalares, enquanto em 2008 o SUS pagou apenas 67% das internações; números acompanhados com recuo na participação do financiamento público na proporção do consumo dos serviços de saúde no Brasil (PAIM et al., 2011).

Acompanhado com o processo de expansão vertiginosa do setor de planos privados de saúde também ocorreram transformações profundas no complexo médico-industrial.

#### 5.3.5 – Financiamento público para o setor privado e inserção da lógica privada no setor público

Durante o regime militar, configurou-se um sistema de atenção estatal à saúde, caracterizado pela preponderância da Previdência Social sobre o Ministério da Saúde. No comando dessa instituição financeiramente dominante estava a aliança entre os interesses privados e a burocracia, cujo objetivo era consolidar e preparar as condições para uma crescente privatização dos serviços médicos prestados aos previdenciários.

“Estimulava, portanto, um processo crescente e acelerado de transformação dos serviços de saúde em empresas lucrativas.” (SCOREL, 1998)

---

<sup>1</sup> O PNAD, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, é realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística a partir dos principais indicadores socioeconômicos, para o Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação, e das séries de indicadores de rendimento.

Podemos citar o Plano de Pronta Ação (PPA), cuja justificativa de criação era universalizar o atendimento médico, pretendia pagar os atendimentos médicos tanto a rede pública quanto à privada, independente do vínculo do paciente. O PPA foi utilizado para o enriquecimento de empresas médicas, uma vez que grande parte de atendimentos emergências forjados por essas empresas foram pagos pelos governos. Ainda, podemos lembrar que, em 1974, os militares haviam criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que ajudou a remodelar e ampliar a rede privada de hospitais, por meio de empréstimos com juros subsidiados. Toda essa política acabou proporcionando um verdadeiro boom na rede privada. De 1969 a 1984, o número de leitos privados cresceu cerca de 74.543 em 1969 para 348.255 em 1984. Como pode se ver o modelo criado pelo regime militar era financiava a construção de grandes hospitais privados. (ESCOREL, 1998).

“O FAS é, fundamentalmente, um fundo de financiamento à iniciativa privada em perfeita consonância com a política governamental, especialmente a partir do PPA. (...) Com o FAS fecha-se, portanto, o ciclo de apoio financeiro governamental ao setor privado da assistência à saúde – ótimas condições de empréstimos, garantia pela Previdência Social do pagamento dos serviços produzidos (‘demanda canalizada’) fazem da assistência à saúde um negócio altamente lucrativo.” (BRAGA & PAULA, 1981)

Entretanto, o cenário de favorecimento aos interesses burgueses permaneceu mesmo com Reforma Sanitária Brasileira. Manteve-se a política de financiamento da burguesia que atua no campo da saúde através da utilização de leitos privados pelo SUS, utilizando dessa forma o dinheiro público para garantir os lucros da iniciativa privada. Abarcaram os interesses das grandes farmacêuticas com a política da “Farmácia Popular”, segundo a qual, através do subsídio de seus produtos, o Estado garante sua lucratividade, ou seja, da transferência direta de recursos estatais para essas empresas.

Essas características destacadas não foram particularidade da reforma sanitária brasileira, sendo comum a diversas reformas nos sistemas de saúde europeus das décadas de 70-80. Essas reformas eram norteadas pela lógica de racionalidade dos gastos e a promiscuidade das interações entre público e privado como norteadoras desses processos de reformas (ALMEIDA, 1995 e 1996). Interessante também relacionar o processo de privatização dos serviços públicos de saúde (direta ou indiretamente) ao longo da última década.

Sobre a expansão da lógica privada para a esfera estatal Gisele Souza da Silva em “Política de saúde na atual conjuntura” comenta:

“A supremacia do capital fetiche atinge todos os âmbitos da vida social e a sede de lucratividade desta forma de capital se espalha para além dos investimentos privados. As políticas sociais se tornam alvo de investimento do capital financeiro, na tentativa de solucionar o fenômeno da superacumulação. Este empurra para a privatização (direta ou indireta) alguns setores de utilidade pública como campo de inversão do lucro em serviços de saúde, de educação e de previdência”.

Atualmente defrontamo-nos com uma nova modalidade de transferência de dinheiro público para a iniciativa privada, que consiste na possibilidade do controle da administração dos serviços públicos através de Organizações Sociais (OSs) e Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs). Assim, além de buscar mais um maneira de transferir dinheiro público à iniciativa privada, o governo, ainda, assume o direito privado e a lógica produtiva como norteadores da assistência a saúde, privilegiando a propalada “produtividade” do setor privado em relação à demora e ineficiência dos serviços públicos e operando uma intensa precarização dos serviços públicos de saúde. (BRAVO et al, 2008; BRAVO & MENEZES, 2011; BORGES et al, 2012). Importante destacar também que os processos de privatização através de Organizações sociais (OSs) e Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) não são particularidades do SUS, há processos muito semelhantes que estão ocorrendo com o NHS no Reino Unido (BORGES et al, 2012) e com os demais sistemas de saúde público europeus.

### 5.3.6 – O sistema de saúde brasileiro: o setor privado e o SUS

O entendimento da conjuntura atual dos serviços de saúde no Brasil passa pelas relações entre os públicos e privados e os mecanismos pelos quais o SUS financia direta ou indiretamente o setor privado de saúde.

A configuração atual do sistema de saúde no Brasil pode ser observada por comparação a diferentes países desenvolvidos e emergentes. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano de 2005, o Brasil possui um gasto total em saúde equivalente 7,9% do PIB, dos quais os gastos governamentais consolidados para as três esferas de governo equivalem a 44,1% e os gastos privados a 55,9%. Em 2009, o Brasil gastou em saúde em torno de 8,8% do PIB, sendo que somente 3,8% foram gastos da administração pública (IBGE, 2011), representando algo em torno de 43% do total do gasto em saúde no Brasil; valor muito abaixo da participação pública no gasto com saúde no Reino Unido (84%), Itália (77,2%), Espanha (71,8%) e mesmo nos Estados Unidos (45,5%) e México (46,9%) (PAIM et al., 2011; VICTORA et al., 2011).

E mais, o governo subsidia o sistema privado de planos de saúde por meio de isenção fiscal, recurso esse que poderia fazer parte do montante do orçamento público. A agonia do subfinanciamento começou em 1994 com a Desvinculação das Receitas da União (DRU), que subtraiu 20% dos recursos da seguridade social do então Fundo Social de Emergência. Até aquele momento, a participação da saúde nos recursos da seguridade social era de 30%, ou seja, se a participação da saúde no orçamento da seguridade tivesse sido mantida em 30%, o orçamento da saúde teria passado de R\$ 54 bilhões para R\$ 110,10 bilhões em 2008 (GADELHA, 2011; BORGES et al, 2012)

Outro grande golpe ao financiamento do SUS foi dado com os desvios dos recursos da CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras), que tinha o objetivo de financiar a saúde; contudo boa parte dos recursos foi destinada a outras áreas do governo. Em 2006, somente 40% dos R\$ 32,090 bilhões arrecadados com o imposto foram gastos com o SUS (PAIM et al., 2011), sendo o restante dos recursos destinados ao pagamento de juros da dívida pública (PAIM et al., 2011). A CPMF foi derrubada pelo congresso em 2007, mesmo com a garantia do governo em destinar 100% dos recursos à saúde. (BRASIL, 2012).

O SUS é altamente dependente de contratos com o setor privado, sobretudo no caso de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, já que apenas apenas 24,1% dos tomógrafos e 13,4% dos aparelhos de ressonância magnética são públicos e o acesso é regionalmente desigual, locados especialmente em serviços hospitalares universitários, onde também se desenvolve atividades de pesquisa. O setor privado correspondeu a 90% dos estabelecimentos de Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT) no Brasil na AMS de 2009 e os estabelecimentos privados que informam prestar atendimento ao SUS são responsáveis por 72,4% das internações do setor. Em outras palavras, quase três quartos das internações se dão no setor privado e praticamente toda a rede de exames é privatizada. O SUS representou a fonte de recursos mais frequente dos estabelecimentos de saúde de 2009 com 67,2% das unidades analisadas pela AMS, valor um pouco menor do que os registrados em 2005 (70,9%) (BGE, 2010). Esse número contrasta vigorosamente com a participação de 43% do SUS no gasto com saúde no Brasil, ou seja, o SUS é duplamente castigado: ao mesmo tempo subfinanciado e agente financiador do setor privado. (BORGES et al, 2012)

Os governos neoliberais procuram desempenhar seu papel “mínimo” e ideológico, em particular na área da saúde que é o setor que nos interessa, fazendo “desmanchar-se” a estrutura hospitalar construída ao longo do século XX, dividindo-a e/ou entregando-a à iniciativa privada, seguindo o modelo preconizado, defendido e implantado desde a década de 80. A rede hospitalar privada no Brasil, desde 1945, sempre foi superior à rede estatal; naquele ano, a porcentagem de leitos privados representava 55% dos leitos totais, enquanto em 1975, os leitos privados passam a representar quase 68% do total. Atualmente, o setor privado ocupa quase 71% dos leitos totais. Sendo importante ressaltar que apesar de possuir apenas 29% dos leitos hospitalares, o SUS financiou em 2007 mais de 73% das internações no país.

Além disso, segundo dados do IBGE (1999), houve uma redução de leitos para internações no Brasil, entre 1992-1999, de 27%: de 544.357 reduziu-se para 484.945. Segundo a recomendação da OMS, deve haver 4 leitos /1000 habitantes. Portanto, um déficit de mais de 100 mil leitos no Brasil. Dados mais recentes, também coletados pelo IBGE em Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, revelam que a tendência se intensifica, pois em 1990, foram registrados 0,87 leitos públicos para cada 100 mil habitantes e, em 2009, houve uma queda para 0,80/100 mil hab. (PAIM et al., 2011, p. 26; IBGE)

Ademais, dos Hospitais que restam, o acesso por parte daqueles que dependem dos serviços estatais se restringe ainda mais. Em 1981, o sistema de previdência social pagou 75% das internações hospitalares, enquanto em 2008 o SUS pagou apenas 67% das internações. Em 1981, 6% das internações hospitalares foram pagas por planos de saúde privados, uma proporção que cresceu para 20% em 2008 (PAIM et al., 2011, p. 21).

### 5.3.7 – O setor Privado na saúde

Importantes mudanças vêm ocorrendo também no setor de seguros privados. O Brasil tem mais de 1.000 seguradores nessa área e de 2000 a 2008, o número de brasileiros com seguros privados aumentou em mais de seis milhões, embora a proporção da população coberta por planos de saúde privados permaneça entre 20-25%. De qualquer forma, a Pesquisa de Orçamento Familiar, do IBGE, aponta que, entre 1987 e 1996, o brasileiro viu crescer seus gastos com planos de saúde (que aumentaram seu peso em 201,59%, passando de 0,63% para 1,90%), sendo que a porcentagem do gasto com a assistência à saúde (em geral) no orçamento da família passou de 5,31% para 6,53% no mesmo período, um aumento da ordem de 23% (O Globo, 4 de dezembro de 1997, p. 40). Os planos de saúde consolidam um sistema de saúde desigual para os diferentes segmentos da sociedade. Além disso, os planos de saúde representam um importante segmento capaz de extrair mais-valia e gerar lucro, que é sua prioridade para sobreviver na concorrência entre as grandes empresas de saúde.

Em 1996, segundo dados estimados da ABRAMGE, O setor de assistência médica suplementar movimentava cerca de US\$ 14,8 bilhões por ano, isto era, cerca de 2,6% do produto interno bruto (PIB), e cobria cerca de 26,8 % da população brasileira (cerca de 42 milhões). Em 2012, quase mil empresas de planos de saúde que atendem 48 milhões de brasileiros faturaram R\$ 93 bilhões. Com tal poder econômico, barram propostas de ampliação de coberturas, fecham contratos com ministérios e estatais para venda de planos ao funcionalismo público, definem leis que lhes garantem isenções tributárias. E se beneficiam da "dupla porta" (o atendimento diferenciado de seus conveniados em hospitais do SUS) e da renúncia fiscal de pessoas físicas e jurídicas, que abatem do Imposto de Renda os gastos com planos privados. (BAHIA & SCHEFFER, 2013)

Nas estatísticas das próprias empresas, o contingente de adesão individual totaliza 20% do total de beneficiários dos planos de saúde, cerca de 8 milhões de pessoas (5% da população); portanto, os segurados vinculados ao empregador estariam em torno de 34 milhões (cerca de 22% da população). Isso significa que 73% da população (mais de 115 milhões de pessoas) depende do atendimento público provido pelo SUS. Contudo, é importante frisar que a segmentação da clientela que esses números evidenciam não é absoluta. Como se pode deduzir a partir das características restritivas dos planos de saúde, a maior parte dos seus filiados, em algum momento, recorre ao SUS, pelo menos nos casos de procedimentos de alto custo não cobertos pelos contratos ou que são acessíveis por canais privilegiados, ficando aos serviços privados apenas a parcela da assistência mais lucrativa. Neste processo, aqueles que acessam os serviços de saúde junto ao mercado também têm sua assistência à saúde prejudicada pelas necessidades de ampliação e reprodução do capital. Em contrapartida, pode-se afirmar que parcela importante dos 115 milhões de pessoas SUS dependentes compõe sua cesta de consumo de serviços médicos de acordo com a respectiva vontade e capacidade de pagar, utilizando, em determinadas circunstâncias, serviços privados pagos "*out of pocket*", como, por exemplo, tratamento odontológico, pagamento de anestesistas e/ou hotelaria diferenciada e outros serviços de consumo eventual em que seja grande a fila de espera, como é o caso da consulta oftalmológica, da ultrassonografia em caso de gravidez, etc. (ALMEIDA, 1999)

O mercado dos seguros privados de saúde se concentra na região sudeste, onde são realizados 65% de todos os contratos brasileiros. Nessa região também se encontra a maioria das 1.017 empresas de seguros privados de saúde instaladas no Brasil, com 61,5% das seguradoras no país (PAIM et al., 2011). Em sua grande maioria, as companhias instaladas são pequenas e operam em nível local, mas tem existido um processo, nos últimos anos, de aquisições e fusões das empresas em grandes seguradoras privadas de saúde, ocorrendo uma preocupante concentração no mercado (VICTORA et al., 2011). Poucas companhias (cerca de 8,2%) dominam o mercado brasileiro, oferecendo seguros-saúde a 80,3% do total de clientes (PAIM et al., 2011). O mercado tem se configurado em empresas integradas, desde os anos 80, por seguradoras vinculadas a bancos ou ao sistema financeiro e à diversificação e ampliação das atividades das empresas de medicina de grupo e cooperativas médicas (BAHIA, 2009). Waitzkin e Iriart (2001) sinalizavam que a presença das cooperativas médicas, com boa participação no mercado, limitaram nas décadas de 80 e 90 a entrada das grandes transnacionais dos Estados Unidos no Brasil. Porém, atualmente esse movimento avança pelas seguradoras vinculadas aos bancos e ao mercado financeiro.

As seguradoras atendem, fundamentalmente, a população jovem e saudável, com coberturas determinadas por posição socioeconômica e hierárquica dentro das organizações empresariais que o segurado pertence. Em relação à utilização dos serviços de saúde, aqueles que possuem seguros privados têm, em média, um grau de utilização dos mesmos 34% maior do que daqueles que não possuem, de acordo com um estudo de Viacava et al. (2005). Os detentores dos seguros privados de saúde contam ainda com os serviços de vigilância à saúde, sanitária, ambiental pelo SUS, vacinações, campanhas de prevenção às doenças crônicas, infecciosas e aos agravos não transmissíveis totalmente públicos. Além disso, os serviços de alto custo, como hemodiálises e transplantes, são realizados pelo SUS (PAIM et al., 2011).

Segundo dados do Ministério do Planejamento (2006), no ano de 2005, o Estado deixou de arrecadar através de deduções e renúncia fiscal o equivalente a quase 3 bilhões de reais, o que representa quase 7% do montante movimentado pelos planos de saúde. Além disso, o Estado deixou de arrecadar dos, eufemisticamente chamados, hospitais filantrópicos (como as Santas Casas de Misericórdia) mais 1 bilhão de reais em 2005. Em 2006, em nome da "desoneração do SUS", pelo menos 10 bilhões de recursos públicos/sociais foram revertidos para o mercado de seguros privados de saúde e estabelecimentos privados de saúde. Parte desse montante se refere às despesas com saúde declaradas no imposto de renda de pessoa física de 5.467.450 contribuintes, equivalentes a R\$4.270,34 *per capita* em 2004 (cerca de 12 vezes o valor de R\$342,64 *per capita* gasto com cada brasileiro atendido pelo SUS em 2004) (BAHIA, 2009; BORGES ET AL, 2012)

Somam-se também os Planos de Saúde que atuam como força política, como se pode ver nas eleições de 2010. Segundo estudo de Lígia Bahia e Mario Scheffer o número de empresas doadoras cresceu de 15 em 2002 para 48 em 2010 com um salto de valor repassado de R\$ 839.000,00 para R\$ 11.834.436,69, resultando em apoio financeiro dos planos de saúde contribuiu para eleger 38 deputados federais, 26 deputados estaduais, três

senadores, além de quatro governadores e da presidente da República, Dilma Rousseff. Outros 81 candidatos receberam apoio, mas não foram eleitos. Da empresa que doou legalmente R\$ 1 milhão para a campanha de Dilma Rousseff, saiu o nome que presidiu a ANS até 2012. O plano de saúde que doou R\$ 100 mil à campanha de um aliado - o governador do Rio de Janeiro, Sérgio Cabral - emplacou um diretor da agência que, aliás, acaba de ser reconduzido ao cargo. (SCHEFFER & BAHIA, 2011)

## 5.4 – Medicina na sociedade de classes

Quando analisamos os mecanismos pelos quais a medicina reproduz a sociedade Capitalista é importante entendermos que o Capitalismo, ou qualquer outra formação social, para sobreviver, precisa garantir a reprodução de suas condições de produção, ou, em outras palavras, a reprodução de seu modo de produção, a maneira como organiza a produção de tudo o que é necessário para sua sobrevivência e desenvolvimento. Entendendo que o modo de produção é constituído pela unidade das forças produtivas - meios de produção e força de trabalho - e das relações de produção, podemos concluir que a sobrevivência e desenvolvimento de uma formação social depende da reprodução de ambas. (ALBUQUERQUE, 2009; ALTHUSSER, 1999).

Na minha pesquisa aprofundei-me no estudo dos mecanismos pelos quais a medicina contribui na manutenção e reprodução do sistema Capitalista. Segundo a visão dos autores que afirmam o papel da medicina como reprodutora da sociedade capitalista, a influência do Capitalismo na organização e distribuição da saúde se faz sentir de diversas formas. Numa tentativa de simplificar e sistematizar essa influência, sem a pretensão de delimitá-las, compartimentalizá-las ou ainda restringi-las aos exemplos citados, podemos afirmar que a prática médica assume funções sociais básicas tais como: (a) Normatização; (b) Consumo de mercadorias do complexo médico-hospitalar; (c) Reprodução da força de trabalho; (d) Contenção Social; (e) Realização da mais-valia no setor privado da saúde. (DONNANGELO, 1979)

### a) Normatização

Com as alterações sofridas pela medicina como prática social através de sua extensão institucionalizada para o âmbito de toda a sociedade, não é apenas o cuidado médico que se generaliza, mas a normatividade da medicina. Essa normatividade é responsável pela definição de novos princípios referentes ao significado da saúde e da interferência médica na organização das populações e de suas condições de vida. (DONNANGELO, 1979; CASTIGLIONI, 1947).

Normas de conduta, de higiene pessoal e ambiental, alimentar, do âmbito do trabalho ou do lazer (ROMERO, 2002; ROSEN, 1994), servirão então para disciplinar as diferentes classes sociais contribuindo para adequar seu comportamento às exigências da manutenção das relações sociais e para o consumo das mercadorias, explicitando a “dimensão ‘pedagógica’ da prática médica como expressão parcial do processo de reprodução das relações de classe”. (DONNANGELO, 1979).

Ao estabelecer os comportamentos ditos saudáveis, a Medicina logra também legitimar a ideologia do auto-cuidado, o que reforça a ética do Capitalismo da liberdade de ação, do livre arbítrio. Cada um deve ter liberdade para trabalhar ou não, esforçar-se para enriquecer ou simplesmente viver ociosamente na pobreza, comer ou morrer de fome, permanecer são ou adotar atitudes pouco saudáveis. Subentende-se que o auto-cuidado, os hábitos e atitudes individuais são os fatores mais importantes para a manutenção ou recuperação da saúde e que a mudança deve ocorrer no indivíduo e não nas estruturas sociais. (NAVARRO, 1979; ROMERO, 2002; ROSEN, 1994). Desse modo a Medicina estará sendo socialmente útil para a reprodução do capitalismo ao alimentar a crença em que as condições geradas pelo metabolismo capitalista geral poderão ser resolvidas individualmente deixando intocado este mesmo metabolismo. (ALBUQUERQUE, 2009)

### b) Consumo de mercadorias do complexo médico-hospitalar

O consumo dos materiais que compõem o processo terapêutico – e que vão desde produtos sempre renovados da indústria farmacêutica, até uma enorme variedade de equipamentos e maquinarias produzidas por muitos setores industriais – esses produtos devem ser considerados como mercadorias cuja produção é externa à medicina, mas cujo consumo só se efetiva através dela.

Esta dependência do consumo é fundamental para a sobrevivência do Capitalismo, pois é através do consumo que se efetiva a realização da mais-valia. Desse modo, o Capital precisa alimentar a insatisfação e a dependência na esfera do consumo pela permanente criação de necessidades - artificiais ou não-, pela existência de uma população alienada de consumidores e pela reprodução de uma ideologia consumista em virtude da qual o valor das pessoas é determinado não pelo seu trabalho, mas pelo que consomem.

Outro aspecto que devemos ter claro é que os países (o Brasil inclusive) que consolidaram um sistema de saúde universal, ou ao menos com maior participação estatal, não universalizaram somente os serviços médicos, mas também em maior ou menor proporção democratizaram o consumo de produtos do complexo médico

industrial, em particular da indústria farmacêutica. É importante atentarmos para esse aspecto, pois quando se debate a estatização do sistema de saúde pouco se fala desse importantíssimo setor produtivo e um sistema de saúde que coexista e dependa de um complexo médico-industrial de natureza privada irá realizar transferência direta de dinheiro público para a iniciativa privada, garantindo a lucratividade de todo esse setor produtivo à custa do financiamento estatal.

A medicina, ao localizar no indivíduo não só a doença como suas causas, estabelece explicações biológicas e comportamentais para o adoecimento, ocultando a determinação social de ambos, naturalizando a gênese dos problemas de saúde e culpabilizando a própria vítima. A esta verdadeira invasão das diversas dimensões sociais pela Medicina, Illich (ILLICH, 1975) denomina “Medicalização”, processo ideológico que torna senso comum a ideia da onipotência da Medicina para conferir o estado de pleno bem-estar bio-psico-social, mesmo no interior de uma formação social que pelas contradições que lhe são inerentes impossibilita tal condição. (ALBUQUERQUE, 2009)

Segundo Albuquerque: “Mais do que “causa”, a forma como a Medicina se efetiva é “consequência”, ou, como afirma Navarro (1979), “sintoma” das necessidades básicas das instituições sociais e econômicas próprias das sociedades industrializadas capitalistas. Nessas formações sociais a necessidade de consumir (não somente os produtos da Medicina) reflete o fato de que homens e mulheres dependem de algo que possa ser comprado uma vez que não exercem nenhum controle sobre o produto de seu trabalho e são dirigidos e manipulados no consumo dos produtos desse trabalho”.

As transformações ocorridas no plano da produção da saúde e a reestruturação produtiva ocorrida após a década de 70 levaram o capitalismo brasileiro a um novo patamar de extração de mais valia. Nesse sentido busquei analisar artigos que abordam a reestruturação produtiva no complexo médico industrial (VIANNA, 2002, ANDREAZZI, 2008) e seus reflexos na produção da saúde.

Encontrei artigos que buscavam explicar o desenvolvimento do setor e a conformação de novos paradigmas. Segundo Cid Manso Vianna os novos padrões de acumulação de Capital levaram a transformações no Complexo Médico Industrial (CMI) adequando-o a reestruturação neoliberal. As novas práticas, entre elas o “*managed care*” e a contenção de despesas, são característicos dessa nova organização de produção de saúde a qual ele denomina de “Complexo Médico Financeiro”.

Ilustrando essa nova conformação, Baker e Brown (1997) relatam que os planos de saúde nos EUA têm sido responsáveis por uma grande parcela da manutenção de práticas médicas conservadoras, com menor difusão tecnológica. *Standard e Poor (Standard & Poor’s Industry Surveys, apud Mortimer, 1997)*, por sua vez, informam que metade do mercado de medicamentos nos EUA já está sendo comandada por empresas de seguro-saúde, o que tem implicado redução das margens de lucro da indústria farmacêutica e um quadro de tensão e conflito com os grandes laboratórios.

Essa tensão entre consumo de mercadorias e contenção de gastos está muito presente no Brasil. Tensão presente entre as indústrias produtoras de insumos e maquinário hospitalar e os planos de saúde e o SUS, apresentando por vezes interesses conflitantes. Essa tensão acaba por se refletir até mesmo na graduação médica na polarização ideológica entre a realização de anamnese e exame físico bem feitos e a solicitação de exames, como se houvesse uma oposição entre os dois. Além da tentativa de docentes de incutir a ideia de que os exames são supérfluos e desnecessários, em contraposição a pressão pelo consumo de insumos, medicamentos e exames, impulsionada muitas vezes pelos protocolos de tratamento importados das nações economicamente e cientificamente dominantes.

Sobre essa temática tive dificuldade de encontrar dados objetivos sobre a expansão do consumo de produtos do complexo médico-industrial (CMI) no Brasil.

### c) Reprodução da força de trabalho

A medicina participa da manutenção e recuperação da força de trabalho, permitindo que o trabalhador que trabalhou hoje, esteja também amanhã em condições de trabalhar. Objetiva-se com isso manter uma quantidade de trabalhadores em condições de trabalhar, suficiente para ocupar os postos de trabalho e para compor uma reserva com vistas à reposição daqueles que se incapacitam, morrem ou aposentam. A força de trabalho é entendida como o conjunto das diferentes formas de dispêndio de energia dos indivíduos tecnicamente aptos a utilizarem os meios de produção existentes. (ALTHUSSER, 1999). Tem, em geral, como substrato o corpo do trabalhador e, para que este corpo possa realizar-se como tal, sua anatomia e fisiologia deverão estar preservadas; cabe fundamentalmente à Medicina preservá-las. (ALBUQUERQUE, 2009)

Além de se aplicar diretamente sobre aqueles que vendem sua força de trabalho, a Medicina preocupa-se com a regulação da oferta de força de trabalho no “mercado”. Através da Medicina pode-se aumentar a oferta de

força de trabalho disponível para consumo no “mercado”, isso se dá a partir do fornecimento de serviços de saúde para os desempregados e através dos serviços de atenção materno-infantil, garantindo a existência de trabalhadores e de um exército de reserva, disponíveis para garantir a produção nas gerações futuras.

A partir do que foi discutido acima, evidenciamos que, em nossa sociedade, ao invés de significar a possibilidade de desenvolver plenamente as capacidades possibilitadas historicamente pelo gênero humano, saúde significa estar apto a produzir mais valia para os proprietários dos meios de produção. Isso pode nos ajudar a entender o descaso no cuidado da saúde dos velhos, pobres e todas as parcelas da população excluídas dos circuitos principais de produção e consumo, que não vendem sua força de trabalho.

É importante no debate da reprodução da força de trabalho retomar um ponto que já mencionamos na expansão dos serviços de saúde, a diferença de qualidade entre os serviços de saúde das diferentes classes sociais e, dentro da classe trabalhadora, entre os setores mais importantes para a reprodução do Capital. Nesse aspecto é ilustrativo o caso dos EUA e a semelhança com o caso brasileiro, em ambos há um serviço de saúde público que garante assistência aos desempregados e trabalhadores menos produtivos e aos trabalhadores mais produtivos há a possibilidade de acesso aos planos de saúde privados. Dentre os planos de saúde há diferentes coberturas de acordo com a hierarquização social, levando a diferentes disponibilidades de recursos.

Interessante notarmos que durante a maior parte do século XX no Brasil o modelo de acesso à saúde era baseado na carteira assinada, ou seja, a preferência dada aos trabalhadores mais produtivos era evidente e era feita diretamente pelo Estado. O que notamos hoje é que, sob um discurso de “igualdade” do acesso, mantemos a preferência aos trabalhadores produtivos, mas em um novo patamar, pois o Estado brasileiro desde a reforma sanitária financiou a ampliação do consumo (apesar de todas suas limitações) aos trabalhadores sem carteira assinada. Em contrapartida os trabalhadores mais produtivos (“com carteira assinada”) o acesso aos serviços médicos se dá pela iniciativa privada.

Minha pesquisa aponta que há acessos a serviços de saúde diferenciados para as diferentes categorias profissionais; sendo a qualidade dos serviços correspondente à importância dos trabalhadores para a reprodução do Capital.

A constatação da desigualdade de acesso entre diferentes setores da classe trabalhadora na verdade não é algo novo na distribuição dos serviços de saúde. No Brasil, em um período anterior ao SUS, apenas os trabalhadores com carteira assinada possuíam acesso aos serviços públicos de saúde, os demais trabalhadores ficavam a mercê das santas casas de misericórdia e à filantropia em geral. A incorporação desses trabalhadores aos serviços de seguridade social não se deu de forma aleatória, as primeiras categorias incorporadas foram aquelas mais importantes para a reprodução do capital no seu momento histórico.

Ao longo do século XX ocorreu uma incorporação progressiva das categorias profissionais a seguridade social (DOURADO, 2012). Nesse sentido, o que ocorre com o processo da reforma sanitária e criação do SUS é o aprofundamento dessa tendência; com o SUS ocorreu a expansão dos serviços públicos de saúde para todos os trabalhadores (mesmo aqueles sem carteira assinada), essa expansão ocorre somente após uma reestruturação interna e uma racionalização dos gastos que ocorre durante a ditadura militar (CAMPOS, 1988).

Acredito que a universalização do acesso esteja intimamente vinculado ao processo de conclusão da revolução burguesa brasileira, em especial após a forte expansão econômica do regime militar e a consolidação das suas instituições republicanas convertendo o Brasil em uma economia capitalista completa (FONTES, 2010). A nova conformação do sistema de saúde decorrente da racionalização dos serviços públicos, seguida pela universalização do acesso através de íntima relação entre serviços públicos e privados, além do forte estímulo estatal para desenvolvimento do setor privado na saúde (iniciado já no governo militar) permitiram uma expansão sem precedentes planos e seguros privados de saúde.

Nessas últimas décadas houve uma reviravolta na organização dos serviços de saúde brasileiros, o setor público, antes destinado aos trabalhadores agora tem como tarefa ofertar serviços de saúde para toda a população, enquanto o setor privado expande-se para parcelas cada vez maiores da classe trabalhadora. Com isso há uma grande mudança no público alvo dos serviços públicos e privados e de seus respectivos objetivos. Essa transformação ainda está em curso, dificultando uma análise definitiva sobre o tema, mas a tendência parece ser uma progressiva transição da oferta de serviços públicos de saúde para os parcelas improdutivas da população (idosos, crianças e desempregados) enquanto que aos trabalhadores produtivos são ofertados os serviços privados.

Lígia Bahia tem como um dos focos de suas pesquisas a expansão do setor privado para parcelas cada vez maiores da classe trabalhadora, chegando mesmo a trabalhadores mais “periféricos” na reprodução do Capital, trabalhadores incluídos nas “classes C e D” (BAHIA, 2011) Recentemente houveram incentivos fiscais do Estado para a expansão dos planos de saúde para setores cada vez maiores da classe trabalhadora (intitulada pelo governo como “nova classe média”), com planos mais baratos e com coberturas cada vez menores. (FONSECA, 2011)

A análise do modelo de seguros de saúde vendidos no Brasil nos indica que seu grande público consumidor são os trabalhadores assalariados. A maior parte (cerca de 77,5%) dos seguros privados de saúde (tanto de empresas estatais, quanto privadas), é destinada a empresas comerciais, contando com alguns empregadores que oferecem planos de saúde a seus empregados por meio de planos de autogestão, constituindo num seguimento não comercial do mercado (PAIM et al., 2011). Muitos desses seguros cobrem, exclusivamente, necessidades específicas, sem garantia de integralidade do acesso aos serviços de saúde; sendo que o preço dos seguros, em geral, está aumentando acima das taxas de inflação (VICTORA et al., 2011).

Segundo dados presentes na tese de doutorado de Ligia Bahia, a proporção de trabalhadores cobertos por planos de saúde na população analisada pelo seu estudo chega a valores maiores que 90%<sup>2</sup>, esses dados apontam também para o acesso diferenciado a planos de saúde de acordo com o porte da indústria que contrata a força de trabalho, sendo a proporção de trabalhadores cobertos por planos de saúde crescente nas indústrias de maior porte. (BAHIA, 1999)

Por fim, gostaria de desenvolver um aspecto abordado no livro “Saúde e Sociedade” que considero muito atual, nele a Donnangelo desenvolve uma análise a respeito da oferta de serviços de saúde e da medicina comunitária nos EUA daquele momento histórico. Segundo ela, a atenção primária a saúde nos EUA não tinha um papel importante na questão da reprodução da força de trabalho, pois era direcionada a setores não produtivos (como idosos e desempregados). Esse aspecto evidencia uma questão importante na nossa análise do papel exercido pela Medicina, pois demonstra que não são todos os aspectos abordados no texto que se efetivam concomitantemente e em igual proporção em todos os setores da produção da saúde.

Não pretendo analisar o SUS igualando-o ao setor público norte-americano, não devemos desconsiderar a complexidade do SUS. Mas acho interessante observarmos que o subfinanciamento crônico e a obediência as políticas recomendadas pelo Banco Mundial podem aprofundar as semelhanças em relação aos diferentes papéis que se delineiam para os setores público e privado no Brasil. Algumas pesquisas recentes direcionadas a análise da conformação da atenção básica no Brasil sugerem um desenvolvimento da atenção primária brasileira no sentido da conformação norte americana, além de uma focalização dos serviços públicos na atenção básica (MARQUES & MENDES, 2002), claro que ainda de forma relativamente incipiente, mas que permite transparecer a lógica de uma saúde pobre (em tecnologia, estrutura e recursos humanos) para os pobres. (TUBERO, 2012)

#### d) Contenção Social

Cumprindo com seu papel de atender imediatamente os alívios dos sofrimentos do corpo e da mente e por ser um mecanismo importante de prolongamento da vida, a medicina passa a funcionar como mecanismo de contenção social, já que se caracteriza como um importante fator de amenização do sofrimento e, com isso, de aceitação da ordem e de desmobilização de movimentos potencialmente transformadores, o que constituiria um forte instrumento de integração das forças perturbadoras da ordem (ALBUQUERQUE, 2009; NAVARRO, 1979).

Dentre as publicações sobre o tema e aplicando-se a realidade brasileira da reforma sanitária e da implantação do SUS, merece destaque a pesquisa detalhada realizada por PAIM. Para realizar sua pesquisa utilizou de alguns referenciais gramscianos como “*revolução passiva*” e “*transformismo*”. O conceito de *revolução passiva* é definido como um processo de transformação que excluiu a participação das forças democráticas e populares do novo bloco do poder, ou seja, uma transição política entre setores da classe dominante que prefere prescindir da atuação das massas para não correr o risco de que essas deixem sua posição passiva, assumindo a posição de protagonista e correndo o risco de que a transição adote um caráter aprofundado de contestação de toda a ordem social. O *transformismo* trata-se de um fenômeno associado à *revolução passiva*, quando certos partidos (ou agentes) se unificam, mudando de lado, e reforçando posições conservadoras e defesa das forças da ordem estabelecida, ou seja, ocorre "cooptação ou assimilação pelo bloco de poder das frações rivais das próprias classes dominantes ou até mesmo de setores das classes subalternas" (PAIM, 2008).

O autor aponta como hipótese explicativa para o insucesso da Reforma Sanitária Brasileira a natureza da sociedade e do Estado brasileiro, o desenvolvimento do capitalismo via *revolução passiva* e possíveis deslocamentos das bases políticas e ideológicas de grande parte dos partidos e movimentos sociais envolvidos com os processos de redemocratização e no processo de implementação da Reforma Sanitária Brasileira, ou seja, o *transformismo*.

No contexto brasileiro, a *revolução passiva* é a transição democrática (“lenta e gradual”), com o fim do regime militar, e o *transformismo* se refere aos percalços por que passou o movimento sanitário, que acabou por

---

<sup>2</sup> Ligia Bahia alerta que a pesquisa corresponde a apenas uma fração reduzida dos trabalhadores brasileiros e o número de entrevistados é insuficiente para conferir representatividade aos valores evidenciados.



se limitar às lutas institucionais e seu posicionamento crítico inicial foi progressivamente convertido em defesa do SUS e do Estado Capitalista e seus principais quadros convertidos em gestores do SUS.

Enfim, com relação a importância do acesso aos serviços públicos de saúde podemos afirmar que “as instituições de saúde podem sem dúvida atenuar a florescência das enfermidades que a sociedade cria e favorece; mas esta compensação toma necessariamente a forma imposta pelas leis de mercado e se transforma em consumos individuais, medicamentos e jornadas de repouso, devidamente contabilizados, fontes múltiplas de um consumo suplementar e de novos lucros (indústrias farmacêuticas, alimentares, aparelhos médicos, leito e mobiliário hospitalar, etc). A medicina permite e favorece o deslocamento (para um plano secundário) dos bens coletivos de prevenção, para alimentar uma onda de consumidores individuais de 'objetos de saúde' (pastas dentifrícias milagrosas, vitaminas salvadoras... revistas médicas, massagens, saunas, etc.). Como representa o executor ideológico daquele deslocamento, a medicina enfatiza a equação que relaciona a cura ao ato de consumo, isto é à compra de um bem.” – (POLACK, 1971).

Importante destacar o que já vinha sendo discutido em nossa pesquisa anterior sobre o caráter de contenção social do sistema público de saúde. Observamos uma redução da participação Estatal no setor da saúde “apesar” do crescimento da arrecadação na última década. Há uma diminuição dos gastos Estatais com a saúde em relação ao total de gastos do Estado. (Essa análise está melhor detalhada nos comentários do IDB 2011 no tópico E.8: “Gasto federal com saúde como proporção do gasto federal total”). Não encontrei pesquisa que aponte a variação anual de proporção de gastos públicos e privados. Segundo CARVALHO em 2006 o gasto privado já superava o público em uma proporção de 47,4% público e 52,6% privado. O arquivo da Organização Mundial da Saúde (Statistical Information System Whosis) também aponta uma estatística parecida para o ano de 2006, mas não possui dados anteriores ao período da Reforma Sanitária.

É importante destacar que a análise do apassivamento das mobilizações devido a cooptação de movimentos e partidos no período da reforma sanitária começa a dar sinais de fadiga. O transformismo permitiu a iniciativa privada avançar a passos largos nos últimos 20 anos, permitiu a ampliação dos lucros no campo da saúde a níveis nunca antes vistos no Brasil, permitiu a privatização direta ou indireta de muitos serviços públicos. No entanto, a situação extremamente precária e a falta de acesso integral a saúde por uma parcela cada vez maior da população faz com que a saúde seja um dos problemas fundamentais levantados como bandeira nas recentes manifestações populares no Brasil.

A pauta da saúde também foi uma das respostas dadas pelo governo brasileiro as recentes revoltas, propondo um pacote de medidas intitulada de “Mais Médicos”. Essa nova política federal utiliza-se do discurso da universalização do acesso a Medicina, porém reafirma as políticas que já estavam em curso e as aprofunda. Não poderei pormenorizar a análise dessa medida nessa pesquisa, mas acredito que seja uma importante ilustração da utilização da medicina com objetivo de apassivamento de tensões sociais. Ao mesmo tempo, trás em si o germe de sua superação, já que, mantendo a mesma política para a saúde atual, não tardará para as populações atendidas defrontarem-se com a incapacidade de transformação da sua realidade social através da medicina e mesmo a impossibilidade de transformações mais superficiais sem o correspondente financiamento em estrutura, recursos diagnósticos, terapêuticos e de boas condições de trabalho.

## 6. Conclusão

A presente revisão bibliográfica nos permitiu aplicar as teses desenvolvidas na pesquisa anterior a análise da realidade brasileira. Com isso nos desvencilhamos de concepções que afirmam o Sistema de saúde brasileiro como um crescente linear de ampliação das ofertas de serviços de saúde que caminhe para efetivação de um modelo assistencial nos moldes do “*welfare state*”. Ou seja da concepção de que o desenvolvimento dos serviços de saúde se dá imune ao desenvolvimento das forças produtivas no setor da saúde e as necessidades históricas do desenvolvimento capitalista, pudemos concluir que há elementos suficientes ao longo da pesquisa para negar essa hipótese.

Partimos então da concepção de que a medicina contribui na reprodução do sistema capitalista e a partir desse pressuposto pudemos destrinchar sob que mecanismos o sistema de saúde brasileiro se subordina à lógica de reprodução do capital.

Entendemos que, dessa maneira, pudemos realizar uma síntese de alguns importantes aspectos da relação entre medicina e Capitalismo, obviamente não há como esgotar as possibilidades de análise. Nosso objeto de estudo tem como característica fundamental a constante transformação e criação de novas inter-relações; precisamos entendê-lo como movimento contínuo e intimamente ligado ao processo de desenvolvimento capitalista.

Um aspecto que considero essencial no debate sobre quais os mecanismos que a medicina contribui na reprodução do sistema capitalista é nos desvencilharmos da concepção de que a medicina só serviria ao capitalismo através da utilização da saúde como mercadoria pelos planos de saúde e da geração de mais-valia diretamente através da exploração do trabalho médico. E com isso que o SUS assumiria inequivocamente um papel de contraponto ao Capital e um entrave ao seu desenvolvimento. Desenvolvemos durante o trabalho os diversos aspectos em que a medicina contribui na reprodução do sistema capitalista. Esse entendimento foi essencial para compreendermos que os serviços de saúde pública não se contrapõem a lógica capitalista, muito pelo contrário, são um importante mecanismo de expansão das funções exercidas pela medicina para o âmbito de toda a sociedade e um importante financiador da expansão dos serviços privados.

Essa conclusão tem um fundo político muito importante, pois serve de alerta aos atuais movimentos sociais da necessidade de não mantermos nossas lutas presas ao campo da prestação de serviços públicos x privados ou a disputa entre aqueles que defendem mais Estado x menos Estado. Precisamos estar conscientes da necessidade de termos como perspectiva transformações sociais mais profundas e entendermos que a garantia de mais serviços públicos não garante nossa vitória, mas – como uma conquista no interior da ordem capitalista – pode ser desfeita dependendo da correlação de forças no seio da sociedade.

Uma tentativa de síntese da lógica que permeia essa pesquisa seria a seguinte: a medicina, assim como os demais “setores ou processos sociais orgânicos à determinada formação social deverão contribuir para sua reprodução, (re)produzindo em cada esfera, além de produtos ou serviços, a própria ordem, o próprio modo de produção. Neste sentido, nas formações sociais Capitalistas, cabe à Medicina, em sua participação orgânica ao metabolismo geral deste modo de produção, participar diretamente da produção de Capital, da reprodução dos meios de produção e das relações de produção. Pode-se dizer que, no Capitalismo, a função precípua da Medicina seja reproduzir força de trabalho, e secundariamente contribuir para a reprodução da ordem.” (ALBUQUERQUE, 2009)

Na minha pesquisa pude perceber que a concepção hegemônica nas atuais formulações sobre a saúde partem do princípio de que o SUS é o marco da resistência frente ao Capital e tem como objetivo a busca de formatos de gestão dentro da ordem Capitalista que permitam uma expansão do acesso (ainda que não seja de forma integral e sem garantias de ampliação do financiamento). São necessárias análises mais completas que tragam elementos concretos sobre as formas pelas quais os serviços de saúde do Brasil se inserem na lógica de manutenção e reprodução do sistema capitalista pormenorizando os pontos levantados nessa pesquisa.

Um dos pontos fundamentais que necessitam de estudo é a elaboração de um panorama completo do desenvolvimento do setor produtivo na saúde do Brasil, que quantifique e qualifique o desenvolvimento do Complexo Médico Industrial e dos Planos de Saúde.

Outra conclusão importante dessa pesquisa é a necessidade de se aprofundar em estudos que possam fornecer elementos para uma análise pormenorizada da saúde da classe trabalhadora. Pesquisas que caminhem no sentido da tese da Lígia Bahia e pormenorizem o acesso dos diferentes segmentos da classe trabalhadora a saúde. E que não se limite a análise do setor público, mas expanda seus horizontes à análise do setor privado.

## 7. Referências Bibliográficas

1. ALBUQUERQUE, G.S.C. **As determinações do capital sobre a formação do trabalhador na saúde: um estudo sobre reformulações curriculares em dois cursos de medicina do Paraná** / Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque - Curitiba, 2009.
2. AUGUSTO, A.G. **O Fim da Centralidade do Trabalho?** - *PESQUISA & DEBATE*, SP, volume 9, número 2(14), p. 87-104, 1998
3. ALMEIDA C. **Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica.** *Saúde e Sociedade*, 1996.
4. ALMEIDA C. **As reformas sanitárias dos anos 80 : crise ou transição?** Rio de Janeiro. [Tese de Doutorado - Escola Nacional de Saúde Pública], 1995.
5. ALTHUSSER, L. **Sobre a reprodução.** Petrópolis: Vozes, 1999.
6. ANDREAZZI MFS, KORNIS GEM. **Padrões de acumulação setorial: finanças e serviços nas transformações contemporâneas de saúde.** *Ciênc Saúde Coletiva*, 2008.
7. ANTUNES, R. **Produção Liofilizada e a Precarização Estrutural do Trabalho.** In: LOURENÇO, E. et al. (orgs.). *O Averso do Trabalho II Trabalho, Precarização e Saúde do Trabalhador.* São Paulo. Expressão Popular, 2010.
8. AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva** - Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1975.

9. BAHIA, L, SCHEFFER, M. **Sinistro na ANS.** Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/120385-sinistro-na-ans.shtml>, 2013.
10. BAHIA, L. **Dinâmica e Tendências do Mercado de Saúde Suplementar no Contexto da Regulação: Reestruturação Empresarial e Profissionalização da Gestão.** Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/ABRASCODIVULGA/2012/RelPesq.pdf>, 2013.
11. BAHIA, L. **Mudanças e padrões das relações público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro (RJ): ENSP/Fiocruz, 1999.
12. BANCO MUNDIAL. **Brasil: novo desafio à saúde do adulto.** Washington, D.C., 1991
13. BORGES, FT. et al. **Anatomia da privatização neoliberal do SUS : o papel das organizações sociais.** - São Paulo, SP : Cultura Acadêmica, 2012.
14. BRAVO. MIS. **A Política de Saúde no Brasil,** In Serviço Social e Saúde, Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.
15. BRAVO, MIS et al. **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde** 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.
16. BRAVO, MIS, MENEZES, JSB. **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade.** 1. ed. – Rio de Janeiro : UERJ, Rede Sirius, 2011.
17. BEHRING, E R. **Brasil em Contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos.** 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 2008.
18. BRAGA, JCS. PAULA, SG. **Saúde e Previdência: Estudos de Política Social.** 2ª Edição. São Paulo: HUCITEC, 1986.
19. CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida.** São Paulo: Hucitec, 1991.
20. CAMPOS G.W.S. **Reforma sanitária: Itália e Brasil,** São Paulo, HUCITEC-CEBES, 1988.
21. CARVALHO G. **Gasto com Saúde no Brasil em 2006.** Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/pdf/gasto-com-saude-no-brasil-em-2006.pdf>. São José dos Campos, 2007.
22. CASTIGLIONI, A. **História da medicina.** São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1947.
23. DONNANGELO, M. C.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade.** São Paulo: Duas Cidades, 1979.
24. DOURADO, V.V. & LOPES, M.G.; **A Organização do Trabalho em saúde: Determinações e determinantes.** Iniciação Científica. CNPq/PIBIC. Campinas: FCM Unicamp, 2011.
25. DOURADO, V.V. **O Papel da saúde na sociedade Capitalista: como o médico contribui na reprodução do Capital.** Iniciação Científica. CNPq/PIBIC. Campinas: PCM Unicamp, 2012.
26. ENGELS, F. **Anti-Duhring.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.
27. ESCOREL, S. **Reviravolta da Saúde: origem e articulação do movimento sanitário.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.
28. FONSECA, JS. **Oferta de serviços dos planos de saúde de menor preço: uma análise da rede credenciada de empresas no município do Rio de Janeiro –** Rio de Janeiro: UFRJ/Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, 2011.
29. FONTES, V. **O Brasil e o capital imperialismo.** Rio de Janeiro, Fiocruz/UFRJ, 2010.
30. HART T. J. **The Inverse Care Law,** The Lancet, fevereiro de 1971.
31. ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina.** 4.ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Estatística de saúde: assistência médico sanitária: 2009.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoadevida/ams/2009/ams2009.pdf>
33. MARQUES, RM, ÁQUILAS M. **A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade.** Cad Saude Publica 18.sSupl, 2002.
34. NAVARRO, V. **La medicina bajo el capitalismo.** Barcelona: Editora Crítica, 1979.
35. OLIVEIRA, J.A.A. & TEIXEIRA, S.M.F. **(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil.** Petrópolis: Vozes,1985.
36. PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** 1. ed. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA / FIOCRUZ, 2008.
37. PAIM, J. et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** The Lancet, Brasília. Volume 377, Maio de 2011. Disponível em: <http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil>.
38. POLACK, J. C. **La medicina del capital.** Madrid: Editorial Fundamentos, 1971.
39. RIZZOTTO, MLF. **O Banco Mundial e as Políticas de saúde no Brasil nos Anos 90: um projeto de desmonte do SUS.** Campinas, 2000, Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal de Campinas, 2000.

40. ROMERO, M. **Medicalização da saúde e exclusão social**: São Paulo, 1889-1930. Bauru, SP: EDUSC, 2002.
41. ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec; Editora da Universidade Estadual Paulista, 1994.
42. SCHEFFER, M, BAHIA, L. **Representação política e interesses particulares na saúde: o caso do financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de planos de saúde no Brasil**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 2011.
43. TUBERO, T.Z. **O SUS e os organismos internacionais: debates e críticas**. Iniciação Científica CNPq/PIBIC. Campinas: FCM Unicamp, 2012.
44. TUBERO, T.Z. **Movimento Sanitário: O SUS, DEBATES E CRÍTICAS**. Iniciação Científica CNPq/PIBIC. Campinas: FCM Unicamp, 2011.
45. VIANNA, CMM. **Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro**. Physis, 2002.
46. VICTORA CG, BARRETO ML, LEAL MC, MONTEIRO CA, SCHMIDT MI, PAIM J, BASTOS FI, ALMEIDA C, BAHIA L, TRAVASSOS C, REICHENHEIM M, BARROS FC. **Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward**. Lancet. 2011.

## 8. Perspectivas de continuidade ou desdobramento do trabalho

O presente projeto foi concluído no período de um ano. No projeto de pesquisa atual fizemos uma revisão de bibliografia sobre o papel da saúde no âmbito geral e no desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro.

O tema desenvolvido abre a possibilidade de muitos outros debates que precisam ser aprofundados. Percebi que quanto mais nos aprofundamos no tema escolhido percebemos também as interconexões que podemos desenvolver a partir do “papel da saúde” e principalmente a atualidade desse debate.

Como estou terminando a graduação, não terei a oportunidade de continuar pesquisando no formato de “iniciação científica”, mas pretendo, ao longo de minha carreira profissional e como militante da saúde, me dedicar à pesquisa e a luta por um sistema de saúde 100% público, estatal e de qualidade e contra essa sociedade doente e geradora de doenças, a sociedade Capitalista.

Poderia dizer que o principal desdobramento desse trabalho se deu em instrumentalizar na luta pela saúde.

Após concluir minha graduação, pretendo desenvolver meu estudo na saúde da classe trabalhadora. Conseguir me aprofundar na análise dos planos de saúde que hoje são responsáveis por grande parte da cobertura assistencial da classe trabalhadora e continuar analisando as especificidades assumidas pelo desenvolvimento do Capitalismo no setor da saúde.

## 9. Apoio

A agência financiadora do projeto foi o PIBIC/CNPQ.

## 10. Agradecimentos

Gostaríamos de dedicar nosso trabalho aos comunistas que dedicaram suas vidas a luta contra a sociedade capitalista e em favor de uma nova forma de organização social e aqueles que se debruçaram sobre os problemas vivenciados pela classe trabalhadora e fizeram um importante papel na formulação teórica e organização do proletariado, fornecendo a ele o instrumental teórico necessário para sua emancipação.

Gostaríamos de agradecer também àqueles que se dedicaram ao estudo e formulação no campo da saúde e educação médica no Brasil, como Donnangelo, Arouca, Guilherme de Albuquerque, Rogério Miranda e Gastão Wagner, meu orientador.