

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA**

TESE DE DOUTORADO

**USO DO TERRITÓRIO BRASILEIRO E OS
SERVIÇOS DE SAÚDE NO PERÍODO
TÉCNICO-CIENTÍFICO-INFORMACIONAL**

ELIZA PINTO DE ALMEIDA

ORIENTADORA: PROFESSORA DRA. MARIA ADÉLIA DE SOUZA

Junho de 2005

Tese apresentada ao Departamento de Geografia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora na área de Geografia Humana, sob orientação da Professora Maria Adélia de Souza.

“Vivemos com uma noção de território herdada da Modernidade incompleta e do seu legado de conceitos puros, tantas vezes atravessando os séculos praticamente intocados. É o uso do território, e não o território em si mesmo, que faz dele objeto da análise social. Trata-se de uma forma impura, um híbrido, uma noção que, por isso mesmo, carece de constante revisão histórica. O que ele tem de permanente é ser nosso quadro de vida. Seu entendimento é, pois, fundamental para afastar o risco de alienação, o risco da perda do sentido da existência individual e coletiva, o risco de renúncia ao futuro”.

Milton Santos - O retorno do território

**Dedico este trabalho ao querido
amigo e mestre Milton Santos**

Agradecimentos

A realização de um trabalho acadêmico não é necessariamente um caminho solitário que o pesquisador trilha. Felizmente pude contar com a amizade e respeito dos colegas do Laboplan. Gostaria de agradecer aos colegas – Edson Bicudo, Flávia Grimm, Paula Borin, Jonatas, Herodes, Pedro, Carlos Póvoa, Ricardo Hirata, Marcos, Aline, Branca, Gustavo e, também aos colegas do grupo da Profa. Maria Adélia de Souza – Mariana Vercesi, Mário, Pablo, Heloísa, Caren, Júlia Andrade.

A existência deste rico espaço de discussões que é o Laboplan foi obra da persistência e labuta dos professores Maria Adélia de Souza, Milton Santos, Armen Mamigonian, Rosa Ester Rossini e Regina de Toledo Sader, aos quais vieram se somar novos colaboradores: as professoras Maria Laura Silveira e Mónica Arroyo, mas também dos colegas Ricardo Castillo, Denise Saliba, Ricardo Mendes, Adriana Bernardes e Lídia Antongiovanni que começaram a freqüentar assiduamente este espaço, criando uma “vida de relações”, a todos os meus agradecimentos.

Em particular não poderia deixar de lembrar e agradecer a leitura atenta realizada por Ricardo Mendes e Soraia Ramos e a ajuda insubstituível e inestimável da querida Ana Elisa Pereira, técnica deste laboratório, que com sua calma e bom humor tornaram a finalização deste trabalho uma tarefa menos atribulada. A Fábio Contel e Marcos Xavier pelo convívio sempre amigo.

Agradeço também aos queridos André Motta que muito me ajudou nas indicações bibliográficas para a realização desta tese e a Luciana Salgado pela amizade e carinho que sempre me tratou. Também gostaria de lembrar os amigos que sempre deram o apoio logístico emocional, fundamental para

realização de qualquer empreendimento: a Claudete, Paulo, Aninha e Sidney, Roseli, Kelly Cristina, Magali pelas boas risadas.

Agradeço também as professoras Maria Laura Silveira e Lilia Blima Schaiber que participaram do exame de qualificação.

Não poderia deixar de expressar meu agradecimento à professora Ana Clara Torres Ribeiro pelo estímulo no início desse trabalho.

E, em especial, a professora Maria Adélia de Souza que me acolheu como sua aluna de doutorado.

Meus agradecimentos ao CNPq pela bolsa de estudos oferecida no Doutorado.

Agradeço aos familiares minha mãe, Maria Luiza, meu pai, Clóvis (*in memoriam*) e meus irmãos Sergio e Haroldo e ao meu querido sobrinho Igor.

Finalmente, gostaria de expressar minha gratidão ao professor, mestre e amigo, Milton Santos, que muito nos ensinou sobre a Geografia e sobre a vida. Foi uma enorme honra e um enorme privilégio ter convivido com este Grande Humanista, que nos deixou um legado riquíssimo em sua obra, acenando com a possibilidade de um futuro mais justo.

Índice

Índice de Mapas, Quadros e Tabelas	IV
Resumo	VIII
Résumé	IX

Introdução	01
Primeira Parte – Os sistemas de Objetos e de Ações: Território Normado e Território como Norma na Primeira Metade do Século XX	09
Capítulo 1 – Novas dinâmicas territoriais e as normas na saúde	10
1. As origens do sistema público de saúde no Brasil e seu rebatimento no território nacional	10
Capítulo 2 – O território como norma e as intervenções do poder público	32
2.1 O crescimento das intervenções federais no território brasileiro – o saneamento rural nas décadas de 1910 e 1920	32
2.2 A presença do Estado no meio rural – a conformação do território normado e seus rebatimentos no território como norma	37
Segunda Parte – Modernizações do Território no Período Técnico-Científico-Informacional	47
Capítulo 3 – Início da globalização da economia e mudanças no uso do território	48
3.1 As modernizações seletivas no território e as fragilidades dos serviços públicos de saúde	48
3.2 Fluxos Populacionais no território brasileiro	54
3.3 Políticas de Saúde na década de 1950 – discussão da descentralização da saúde	64

Capítulo 4 - Seletividades espaciais e a tecnificação da medicina	68
4.1 Incorporação tecnológica na medicina e transformação na área médica	68
4.2 As transformações no ensino da medicina e seu rebatimento nos serviços de saúde	72
4.3 Impasses na saúde pública e privada	78
Capítulo 5 - Uso corporativo do território e os caminhos para a mercantilização da saúde	91
5.1 As políticas corporativas na saúde desenham a segmentação dos serviços no território	91
5.2 Políticas Territoriais dos governos militares e os serviços privados de saúde	97
5.3 II PND – modernizações territoriais e mudanças na Previdência Social	109
5.4 Involução metropolitana nas metrópoles corporativas e a revanche do território	123
Terceira Parte - Os Caminhos para a consolidação do SUS	133
Capítulo 6 - Verticalidade Institucional e a reorganização dos serviços de saúde	134
6.1 A saúde como direito social	134
6.2 O espaço nacional da economia internacional – o neoliberalismo nas políticas de saúde	136
6.3 Os gastos em saúde	144
Capítulo 7 - Interesses privados - o complexo médico empresarial e os impasses para a consolidação do SUS	154
7.1 Os riscos para a saúde pública – o complexo médico empresarial e o sistema financeiro	154

7.2 Benemerência pública para o Sistema Privado de Saúde	157
7.3 A sombra do poder público – o sistema hospitalar brasileiro	174
Capítulo 8 - A descentralização da Saúde em tempos de neoliberalismo	183
8.1 As discussões sobre centralização e descentralização	183
8.2 As Normas Operacionais – O poder regulatório na organização dos serviços de saúde	190
Capítulo 9 - A municipalização dos serviços de saúde – Impasses para a consolidação do SUS	205
9.1 As normas operacionais básicas e a municipalização da saúde	205
9.2 Municipalização da saúde na conturbada década de 1990	207
9.3 A dispersão dos equipamentos de saúde no território brasileiro	231
9.4 A urbanização corporativa e os novos atrativos dos lugares	275
9.5 Atratividade dos municípios brasileiros e a falta permanente de médicos	281
Conclusão	290
Bibliografia	297

Índices de Mapas, Quadros e Tabelas

Mapa 1	Sede de Operadora dos Planos de Saúde	167
Mapa 2a	Tipos de Unidades de Saúde	239
Mapa 2b	Tipos de Unidades de Saúde	240
Mapa 2c	Tipos de Unidades de Saúde	241
Mapa 2d	Tipos de Unidades de Saúde	242
Mapa 3	Rede Hospitalar do SUS - Brasil - 2002.	245
Mapa 4	Leitos Hospitalares do SUS, segundo o regime	247
Mapa 5	Relação Leito hospitalar/habitante - por esfera pública e privada	249
Mapa 6	Leitos Hospitalares Cirúrgicos	251
Mapa 7	Leitos Hospitalares Clínicos	252
Mapa 8	Leitos Hospitalares Obstétricos	253
Mapa 9	Leitos Hospitalares Pediátricos	254
Mapa 10	Leitos Hospitalares de Tisiologia	255
Mapa 11	Leitos Hospitalares de UTI	256
Mapa 12	Distribuição das Unidades de Alta e Média Complexidade por 10.000 habitantes	261
Mapa 13 a	Brasil - Municípios com Hospitais Cadastrados nos Sistemas de Alta Complexidade	264
Mapa 13 b	Norte - Municípios com Hospitais Cadastrados nos Sistemas de Alta Complexidade	265
Mapa 13 c	Nordeste - Municípios com Hospitais Cadastrados nos Sistemas de Alta Complexidade	266
Mapa 13 d	Sudeste - Municípios com Hospitais Cadastrados nos Sistemas de Alta Complexidade	267
Mapa 13 e	Sul - Municípios com Hospitais Cadastrados nos Sistemas de Alta Complexidade	268
Mapa 13 f	Centro-Oeste - Municípios com Hospitais Cadastrados nos Sistemas de Alta Complexidade	269

Tabelas

Tabela - 1	Assistência Médico-Sanitária - 1939 Total de Municípios em Estados Selecionados onde não havia assistência.	42
Tabela - 2	Brasil e Grandes Regiões - Taxas de Urbanização	55
Tabela - 3	Brasil e Grandes Regiões Porcentagem da População Morando em Cidades com mais de 20.000 habitantes	58
Tabela - 4	Brasil e Grandes Regiões Número de Cidades com mais de 100.000 habitantes	59
Tabela - 5	Brasil e Grandes Regiões - Número de Cidades Brasileiras	60
Tabela - 6	Brasil/Grandes Regiões. - Número de Estabelecimentos médicos-hospitalares, segundo a entidade mantenedora - 1951	82
Tabela - 7	Assistência Médico-Sanitária - 1951 Número de Estabelecimentos, Segundo Entidade Mantenedora e Natureza	82
Tabela - 8	Assistência Médico-Sanitária I Organização Hospitalar e Para-Hospitalar - 1951 1. Número de Leitos, Segundo Entidade Mantenedora e Natureza do Estabelecimento	83
Tabela - 9	Assistência Médico-Sanitária - 1960 I. Organização hospitalar, para-hospitalar e serviços oficiais de saúde pública Estabelecimentos, segundo a Entidade Mantenedora, por Grandes Regiões e Municípios das Capitais	85
Tabela - 10	I. Organização Hospitalar - 1960 Número de Estabelecimentos, segundo a Entidade Mantenedora e a finalidade, por Unidades da Federação e Municípios das Capitais	86
Tabela - 11	Organização Hospitalar - 1960 Aparelhamento Existente nos hospitais - por Grandes Regiões e Unidades da Federação	87
Tabela - 12	I. Organização Hospitalar - 1960	88
Tabela - 13	Estabelecimentos, segundo a Entidade Mantenedora, por Grandes Regiões e Municípios das Capitais - 1960	92
Tabela - 14	Organização Hospitalar Pública - 1970 Grandes Regiões e Capitais Estabelecimentos, Segundo a Entidade Mantenedora, por Grandes Regiões e Municípios das Capitais	94
Tabela - 15	Assistência Médico-Sanitária - 1970 I. Organização Hospitalar Particular - Estabelecimentos, Segundo a Entidade Mantenedora, por Grandes Regiões e Municípios das Capitais	95
Tabela - 16	Número de grupos médicos, firmas convenientes e população assistida em cidades selecionadas - 1973	105
Tabela - 17	Brasil e Grandes Regiões - 1970 - Indústria de Transformação	106
Tabela - 18	Brasil e Grandes Regiões - Taxas de Urbanização - (Em %)	113

Tabela -19	Esperança de Vida ao Nascer – segundo Grandes Regiões. Brasil 1950-1980	113
Tabela -20	Brasil e Regiões Metropolitanas - Total da População (Em Números Absolutos e Relativos)	119
Tabela - 21	Brasil e Regiões Metropolitanas - Taxa de Crescimento da População	120
Tabela - 22	Brasil e Grandes Regiões – Porcentagem da População das Cidades com mais de 20.000 habitantes sobre a população total	122
Tabela 23	Taxas de Utilização dos Serviços de Saúde por Nível de Renda Mensal Familiar Per Capital: Brasil – 1986	124
Tabela 24	Motivo da Procura por serviço médico segundo a classe de renda	125
Tabela 25	Brasil – Taxas de desemprego em regiões metropolitanas selecionadas 2000 - 2004	143
Tabela - 26	Ministério da Saúde: gasto total, per capita e como proporção do PIB, 1993/1999.	146
Tabela -27	Evolução do gasto público com saúde, segundo instâncias de governo, sob a ótica da origem	146
Tabela -28	Brasil - Participação Relativa da População das Regiões Metropolitanas Nas Classes de Rendimentos - 1981 A 1996 – Em %	156
Tabela -29	População coberta por tipo de plano de saúde – 1987/1998	164
Tabela -30	Número de municípios brasileiros e proporção de pobres (%) na população brasileira	209
Tabela - 31	Número de municípios brasileiros ligados ao SUS e número de municípios segundo a habilitação – Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema.	211
Tabela -32	Brasil - Receita Tributária Própria e Receitas das Transferências – por porte do município	215
Tabela - 33	Municípios criados por classe de tamanho (1991/2000) e população residente – urbana e rural – 2000	217
Tabela -34	Municípios instalados, segundo as Grandes Regiões – Brasil 1991/2001	218
Tabela -35	Municípios criados, segundo as classes de tamanho da população – Brasil – 1991/2001	218
Tabela -36	Proporção de Domicílios com crianças de até 14 anos de idade, com rendimento domiciliar <i>per capita</i> de até ½ salário mínimo e com responsável com menos de 4 anos de estudo (%)	220
Tabela - 37	Distribuição percentual de domicílios particulares permanentes, por situação de domicílio e forma de abastecimento de água – por classe de população dos municípios - 2000	221
Tabela - 38	Distribuição percentual de domicílios particulares permanentes, por situação do domicílio e forma de abastecimento de água – Brasil e Grandes Regiões - 2000	222
Tabela -39	Distribuição percentual de domicílios particulares permanentes, por situação do domicílio e forma de abastecimento de água – Brasil e Grandes Regiões - 2000	223

Tabela - 40	Existência de favelas ou assemelhados nos municípios por classe de tamanho - 2002	225
Tabela - 41	Região Metropolitana de São Paulo e Município de São Paulo – Distribuição de Hospitais, por entidade mantenedora - 1991	226
Tabela - 42	Prestadores de serviços de saúde e número de unidades Absoluto e relativo – 2002.	237
Tabela - 43	Postos de saúde e centros de saúde – segundo sua natureza pública e privada Em números absolutos e relativos - 2002	237
Tabela - 44	Distribuição dos Equipamentos de Diagnóstico – por região	259
Tabela - 45	Municípios, total e por tipo de estabelecimentos selecionados no comércio, serviços e lazer existentes, segundo a classe de tamanho da população dos municípios – 2001.	282
Tabela - 46	Municípios, total e por tipo de estabelecimentos selecionados no comércio, serviços e lazer existentes, segundo a classe de tamanho da população dos municípios – 2001.	283
Tabela - 47	Número de cinemas por tamanho do município	283
Tabela - 48	Brasil e Grandes Regiões – Número de Médicos - 2004	285

Quadros

Quadro – I	Segmentos do mercado de serviços privados de saúde	158
Quadro – II	Cinco maiores empresas de medicina de grupo, conforme localização da sede e sua abrangência Brasil - 1999.	159
Quadro - III	Ranking dos hospitais mais lucrativos	177
Quadro - IV	Formas de Gestão previstas na NOB/96	195
Quadro - V	Guia de Investimentos e Geração de Empregos – Fundação Seade Cidades do Interior Paulista que tem como um dos atrativos os hospitais	276

Gráficos

Gráfico 1	População coberta - por tipo de plano de saúde - 1998	165
Gráfico 2	Custos dos serviços médico-hospitalares e seus impactos nas mensalidades dos usuários de planos de saúde - 1996/abril 2000	169

A Constituição de 1988 abriu um novo capítulo na história da saúde pública brasileira, quando pela primeira vez se reconhece a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. Para que esse direito seja realmente exercido é necessário que cada cidadão possa usufruir plenamente dos serviços de saúde, independentemente do lugar que esteja ocupando no território brasileiro.

A implantação do Sistema Único de Saúde, uma verticalidade institucional tem conduzido ao processo de descentralização dos serviços de saúde. Por intermédio de um conjunto normativo assistimos ao processo de habilitação dos estados e municípios para que esses tenham responsabilidades definidas segundo a modalidade de gestão a que estão habilitados. Os municípios são os protagonistas desse processo, daí o nosso interesse em conhecer mais detidamente a situação desses entes federativos. A ausência de dinamismo econômico de boa parte dos municípios brasileiros, fruto da seletividade do meio técnico-científico-informacional, é um dos fatores que interferem no pleno funcionamento do SUS.

Por intermédio do conceito de território usado buscamos desvendar as distintas situações geográficas que marcaram a organização dos serviços de saúde, especialmente no atual período histórico, marcado pelo aprofundamento do processo de globalização da economia.

La Constitution de 1988 a ouvert un nouveau chapitre dans l'histoire de la santé publique brésilienne, car ce document, pour la première fois, reconnaît la santé comme un droit du citoyen et un devoir de l'État. Pour que ce droit soit réellement exercé il est nécessaire que chaque citoyen puisse jouir entièrement des services de santé, indépendamment du lieu occupé par lui dans le territoire brésilien.

L'installation du Sistema Único de Saúde (SUS), une verticalité institutionnelle, amène au processus de décentralisation des services de santé. Grâce à un ensemble de normes nous voyons un processus d'habilitation des unités de la fédération jusqu'à ce qu'elles aient des responsabilités définies selon la modalité de gestion qui leur est permise. Les municipalités jouent le plus important rôle dans ce processus, ce que vient éveiller notre intérêt pour connaître plus profondément la situation de ces êtres de la fédération. L'absence de l'essor économique dans une grande partie des municipalités brésiennes, à cause de la sélectivité du milieu technique-scientifique-informationnel, c'est un des facteurs participant au plein fonctionnement du SUS.

Avec l'usage du concept de territoire usé nous cherchons à dévoiler les diverses situations géographiques tenant à l'organisation des services de santé, surtout à la période actuelle, gravée par l'approfondissement du processus de mondialisation de l'économie.

Introdução

O século XXI tem como um de seus grandes desafios ampliar e preservar os direitos dos homens. Como já havia apontado Norberto Bobbio (1992:25), em seu livro “A Era dos Direitos” o que é fundamental é “saber o modo mais seguro para garanti-los, para impedir que, apesar das solenes declarações, eles sejam continuamente violados”.

Em nosso país, a ampliação de alguns desses direitos foi ratificada na Constituição de 1988, quando pela primeira vez, se reconhece a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Conseqüência das lutas que se travaram na sociedade este direito como outros não está, no entanto, imune aos retrocessos da política, especialmente, quando assistimos, na década de 1990, aos ventos do neoliberalismo que tem aprofundado a globalização econômica.

Acreditamos que a geografia pode exercer um papel de destaque nos debates sobre os novos rumos da saúde pública no país. Como um pressuposto de método Milton Santos (1996a) nos adverte que o geógrafo deve propor uma visão totalizante do mundo, para isso, a primeira tarefa é a construção de uma metageografia, uma teoria menor, que ofereça um sistema de conceitos capaz de reproduzir, na inteligência, as situações reais enxergadas do ponto de vista dessa província do saber. Conforme Karel Kosik (1976:44) “a totalidade significa: a realidade como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato qualquer (classes de

fatos, conjunto de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido. Acumular todos os fatos não significa conhecer a realidade; e todos os fatos (reunidos em conjunto) não constituem, ainda a totalidade”. Lucien Goldmann (1979:08) argumenta que “o conhecimento dos fatos empíricos permanece abstrato e superficial enquanto ele não foi concretizado por sua integração ao único conjunto que permite ultrapassar o fenômeno parcial abstrato para se chegar a essência concreta, e, implicitamente, para se chegar à sua significação...” .

Para a construção desta metageografia partimos da categoria território usado. Na concepção de Milton Santos (1999a:18-19) o território não é uma categoria de análise, “a categoria de análise é o território usado”, pois permite apreender as mudanças, os processos, “ele é o quadro da vida de todos nós, na sua dimensão global, na sua dimensão nacional, nas suas dimensões intermediárias e na sua dimensão local. Por conseguinte, é o território que constitui o traço de união entre o passado e o futuro imediatos. Ele tem que ser visto como um campo de forças¹, como o lugar do exercício das dialéticas e contradições entre o vertical e o horizontal, entre o Estado e o mercado, entre o uso econômico e o uso social dos recursos”.

¹ A expressão “campo de forças” é atribuída pelo autor a François Perroux.

Neste sentido é que buscamos através do conceito de território usado, uma dimensão do espaço geográfico, abarcar o movimento da sociedade. O espaço geográfico como uma instância da sociedade “é formado por um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e de ações, não considerados isoladamente, mas como o quadro único no qual a história se dá”. Como um observatório privilegiado da sociedade, já que nele se inscrevem todas as materialidades e toda a ação humana é possível apreender a sua produção que se insere num campo de forças como assevera Raffestin (1993). A organização do território é a cada momento histórico, o resultado de um conjunto de forças, um embate entre os distintos poderes.

Por intermédio do conceito de território usado é possível reconhecer as distintas situações geográficas que marcaram a organização dos serviços de saúde. Como mostra Maria Laura Silveira (1999) a situação geográfica decorreria de um conjunto de forças, isto é, de um conjunto de eventos geografizados, porque tornados materialidade e norma. Todavia, o método pressupõe, outrossim, um recorte temporal, daí a necessidade da periodização que possibilite abarcar o movimento da sociedade.

Para demarcarmos as rupturas ocorridas no uso do território e seus entrelaçamentos com os serviços de saúde dois recortes temporais foram

considerados, o primeiro que abarca o último quartel do século XIX até 1945 e o segundo de 1945 até os dias atuais. Os impactos das modernizações ocorridos na formação socioespacial brasileira, nos distintos períodos, influenciaram todos os aspectos da vida nacional. Daí a importância de identificarmos em cada período vigente aqueles momentos que sinalizaram uma nova orientação na organização dos serviços de saúde e sua relação com a própria transformação no uso do território brasileiro.

No primeiro período, analisamos a formação e a consolidação da saúde pública no país, quando é criado um conjunto de normas de intervenção pública, vinculadas às ações de caráter coletivo que se iniciaram com as campanhas sanitaristas voltadas para a erradicação de epidemias, no final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX. O crescimento das trocas comerciais com as nações industriais, nas diferentes “ilhas do arquipélago” e a intensificação dos sistemas de movimento no território (impulsionado pelas ferrovias e pelo sistema de navegação), sensibilizou, pouco a pouco, as elites regionais, em relação à necessidade urgente de conter os surtos epidêmicos, já que os vetores patológicos desconheciam as fronteiras nacionais ou internacionais. Paulatinamente, o território normado impulsiona o surgimento de um conjunto de objetos e de ações voltados para a saúde pública. Entretanto,

a concentração desses novos sistemas fica circunscrita as frações do território que interessam a realização desta economia extrovertida, nas distintas regiões do país. A descoberta de um país doente, no início da década de 1920, denuncia o território como norma, já que o poder normativo não consegue alcançar e transformar o território como um todo. A década de 1930 marca um ponto de inflexão na saúde pública do país, assinalada pela chegada de Getúlio Vargas ao poder que levou a centralização das ações de saúde, outrossim, pudemos verificar o fortalecimento do sistema previdenciário que terá fortes implicações na organização dos serviços de saúde do pós-segunda guerra mundial.

O atual período iniciado no pós-1945 é marcado pelo processo de globalização da economia. A chegada dos grandes conglomerados multinacionais, a integração das vias de transportes e comunicações, o rápido processo de urbanização, a modernização agrícola aceleraram as transformações na sociedade e no território brasileiro. Identificamos três subperíodos, o primeiro abarcando de 1945 até 1964 mostra algumas mudanças importantes como a crescente tecnificação da medicina, o *status* adquirido pelo hospital junto à sociedade, as transformações no ensino médico com ênfase na especialização em detrimento de uma formação mais generalista, a formação de uma imbricada rede de serviços que envolviam desde a indústria farmacêutica, os laboratórios de

diagnósticos, as empresas de equipamentos médico-hospitalares e o surgimento das primeiras empresas de medicina que se liga rapidamente a essa rede. A conjunção de diferentes interesses acabou fortalecendo uma visão de medicina pautada nas ações curativas e ao abandono progressivo das ações de caráter mais coletivo na saúde. O subperíodo subsequente abrange desde 1964 até 1988. Com a chegada dos militares ao poder à assistência médica-hospitalar privada é defendida e ampliada pelo poder público. A criação do Instituto Nacional de Previdência Social fez aumentar a demanda dos serviços médico-hospitalares pela parcela da população inserida no mercado formal de trabalho. A opção política engendrada pelo governo foi de fortalecer e ampliar esses serviços. Rapidamente se estrutura uma rede médico-hospitalar privada, amplamente apoiada com recursos financeiros e isenções de impostos concedidos pelo governo. Como um produto do mercado, essa rede se concentrou nos centros mais dinâmicos do país, sobretudo, no centro-sul, que tinha uma expressiva população previdenciária, graças à própria diversidade econômica. As crises na previdência abriram novas possibilidades para as empresas de planos de saúde, que também se tornam mais expressivas nessa porção do território, que centraliza grande parte da classe média brasileira. Os nexos entre laboratórios, indústrias farmacêuticas, empresas de equipamentos se fortalecem, permitindo,

ainda, a entrada do setor financeiro que vê neste amplo mercado mais uma alternativa para valorização de novos capitais. Enquanto que os trabalhadores formais e crescentes camadas das classes médias conseguem usufruir os serviços médico-hospitalares, as populações mais pobres e excluídas do sistema de proteção previdenciária se vêem abandonadas pelas autoridades públicas. Os surtos de meningite na década de 1970, as enormes filas nos hospitais públicos, a falta de assistência nos bairros dos diferentes municípios do país mostram essa situação de abandono, mas, provocam também um dos movimentos mais importantes no seio da sociedade brasileira, a luta pela reforma sanitária, que englobou médicos sanitaristas, lideranças sindicais, lideranças dos distintos movimentos sociais e que conduziu a criação na Constituição de 1988 do Sistema Único de Saúde. Neste último subperíodo, iniciado em 1988, assistimos a implantação do SUS no decorrer da década de 1990, justamente quando se aprofunda o processo de globalização da economia, e nas palavras de Milton Santos (1996a:194), “os territórios nacionais se transformam num espaço nacional da economia internacional”. Dentro deste contexto de intensa internacionalização do território brasileiro é que propomos, de um lado, analisar de que maneira a implantação do SUS, uma verticalidade institucional tem conduzido o processo de descentralização da saúde e quais os embates entre os agentes públicos e

privados. De outro lado, o nosso interesse foi de compreender como a organização do território brasileiro interferiu nesse processo. Entendemos que o espaço geográfico é uma instância da sociedade, neste sentido, condiciona as ações dos distintos agentes. Princípios como da universalidade, da equidade, da integralidade, entre outros, para serem de fato operacionalizados dependem das possibilidades oferecidas pelos lugares. Acreditamos que a ausência de dinamismo de boa parte dos municípios brasileiros, fruto da seletividade do meio técnico-científico-informacional, é um dos fatores que interfere diretamente na consolidação do SUS.

Primeira Parte

Os Sistemas de Objetos e de Ações:

Território Normado e Território como

Norma na Primeira Metade do Século XX

Capítulo 1

Novas dinâmicas territoriais e as normas na saúde

1 - As origens do sistema público de saúde no Brasil e seu rebatimento no território nacional

Na última metade do século XIX sopram os ventos da modernidade sobre a nação brasileira. O fim da escravidão, em 1888, e o advento da República, em 1889, inauguram uma nova etapa na história territorial do país. Um conjunto de novos objetos técnicos muda a fluidez do território, em função da crescente expansão das linhas férreas, dos telégrafos, do aparecimento das primeiras companhias de navegação a vapor, de energia elétrica, dos cabos submarinos e das primeiras rodovias que levaram à formação de um meio técnico que revolucionou as precárias comunicações do país, desenhando-se um novo espaço de fluxos.

As demandas externas desse período da história do país originaram essa base técnica que conduziu a modernização de parcelas do território, criando novos espaços de produção e de circulação e, impondo, por sua vez, uma complexização da divisão territorial do trabalho. Como

nos períodos anteriores, a vocação de espaço derivado (Milton Santos: 1996:104) da nação brasileira se manifestou ditada pelas necessidades impostas pelo sistema capitalista e “a resposta foi encontrada pela criação de uma nova região ou a transformação das regiões preexistentes”. Essa geografia do capitalismo, como bem observou Max. Sorre (1984:93), transformou as relações econômicas, políticas, culturais e, mormente, o espaço geográfico nacional.

Nesse período, o cenário internacional tornou-se mais complexo. A industrialização não mais se encontrava circunscrita à Inglaterra e França atingindo um maior número de nações (Alemanha, Itália, Suécia, Rússia entre outras), ainda que em graus bastante distintos. Entre as nações não-européias figuravam Estados Unidos e Japão como países industriais.

Por outro lado, a população mundial alcança um crescimento vertiginoso, muitas vezes maior do que jamais assistido antes na história da humanidade, resultado em boa parte dos progressos da medicina, lentamente obtidos nos séculos anteriores, que se multiplicam desde o fim do século XIX (Milton Santos: 1989a).

Como uma das conseqüências do crescimento do bem-estar de parcelas da população dos países industrializados assiste-se à expansão do consumo, especialmente de gêneros alimentícios. Para abastecer esse

mercado em expansão é que, na virada do século XIX para o XX, o Brasil passa a oferecer uma gama de produtos que alcançam uma rápida valorização no mercado internacional. O café, o cacau e a borracha figuravam entre os principais produtos importados pelas nações industriais. A intensificação das trocas comerciais exigia do país medidas relacionadas ao melhoramento das condições sanitárias impostas, em grande parte, pelos países centrais. É importante mencionar que a difusão de uma nova base técnica nos meios de transportes facilitava não apenas a mobilidade das mercadorias e das pessoas, como também de diversos vetores responsáveis pela transmissão de doenças. André Siegfried (1958) enfatizava que os itinerários percorridos pelas doenças contagiosas coincidiam com as grandes rotas de circulação. Desse modo, é que o progresso atingido pelos meios de comunicação rompeu com o relativo isolamento dos povos, tendo como uma das conseqüências o fim das defesas naturais.

É, portanto, no contexto das primeiras décadas da República, quando profundas transformações ocorrem no território, que nasce o sistema público de saúde no Brasil. Como observa André Motta (2003), os médicos e suas instâncias normativas passaram a exercer uma profunda influência sobre as decisões governamentais em matéria de políticas de saúde. O novo patamar de civilização defendido pelo ideário republicano

deveria intervir na sociedade e no território conduzindo a sua modernização. Graças aos avanços da ciência o saber médico se revestiu de uma autoridade crescente ao possibilitar o controle e a erradicação das epidemias que atingiam o país. No ideário republicano a saúde restaurada dos brasileiros era um caminho para alcançar um novo patamar civilizatório, mostrando que nem o clima, nem a miscigenação do povo seriam obstáculos para o futuro promissor da jovem nação republicana. Aos médicos caberia “resgatar o brasileiro mergulhado nas circunstâncias deploráveis de sua sobrevivência. Para muitos, inclusive, o mestiço não era inferior, como já imputavam as leis raciais, apenas se encontrava em conjunturas adversas, das quais podia sair por meio da saúde, do saneamento e de sua regeneração moral” (André Mota:2003:26)².

É neste contexto que surge um conjunto de normas de intervenção pública, vinculadas às ações de caráter coletivo que deram início as campanhas sanitaristas voltadas para a erradicação de epidemias, no final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX.

Neste período, o saber médico-sanitário adotou os novos conhecimentos fundamentados pela bacteriologia e microbiologia, abandonando, paulatinamente, a teoria dos miasmas (concepção de que

² As teorias deterministas ligavam o progresso de um país às características da raça que o compunha. No caso brasileiro, os médicos preconizavam que essa miscigenação inadequada e preocupante não deveria dar lugar a uma visão pessimista sobre o futuro, pois aos comportamentos saudáveis a medicina aliou a eugenia que tinha como meta o progressivo branqueamento da população e a eliminação dos maus procriadores (Mariza Romero: 2002:22).

as doenças eram produzidas por germes e miasmas, substâncias presentes nas matérias orgânicas em decomposição e transmitidas pelo ar). O modelo etiológico que se tornou hegemônico era baseado no controle dos insetos e dos animais vetores. O Instituto Pasteur, da França, exerceu um importante papel de difusor deste modelo, que se expandiu por instituições estatais em diversos países. No Brasil, Osvaldo Cruz no Rio de Janeiro e Emílio Ribas em São Paulo, ambos formados na Escola Pasteuriana, adotaram a teoria bacteriológica e passaram a organizar intervenções no campo da saúde pública.

Na Velha República (1889-1930) as primeiras normas referentes à saúde surgem na Constituição de 1891. Esse novo conjunto normativo era, especialmente, voltado para a descentralização dos serviços de inspeção e higiene terrestre e marítima³. Sob a égide da República os estados passariam a assumir as despesas com os serviços de higiene terrestre em seus respectivos territórios, ao passo que os serviços da capital ficariam sob a responsabilidade do Distrito Federal, encarregado, outrossim, de executar a inspeção marítima em âmbito nacional. A realização de campanhas sanitárias, entre 1890 e 1910, nos principais portos do país (Santos, Rio de Janeiro, Recife) foi, em parte, uma imposição do

³ Durante o Império esses serviços eram realizados pelo Conselho Superior de Saúde instituído após a Reforma Marmore. A abrangência dessas reformas era bastante centralizadora, limitando-se, praticamente, a capital imperial.

imperialismo, integrando o Brasil a um vasto programa de saneamento marítimo que ocorria em nível mundial (Massako Iyda: 1994:36).

A constante edição de normas voltadas para a profilaxia dos portos demonstra a preocupação das autoridades em preservar esses locais que eram centrais para a manutenção de um lucrativo comércio que se estabelecia nas distintas parcelas do território brasileiro com as nações industriais. Em 1896 foi criada a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), órgão federal subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, que tinha entre as suas atribuições a direção dos serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais, a fiscalização do exercício da medicina e farmácia, estudos sobre doenças infecto-contagiosas, a organização de estatísticas demográfico-sanitárias e o auxílio aos estados, mediante solicitação dos respectivos governos, em situações especiais, como em casos de epidemia. Em 1904, o país ganha um novo regulamento sanitário buscando reorganizar e ampliar os serviços no Distrito Federal e nos portos nacionais (Gilberto Hochman:1998:97). Novamente, se enfatiza a necessidade de regular o exercício da vigilância sanitária marítima e dos portos, com o intuito de controlar o fluxo de navios, passageiros e mercadorias, evitando, portanto, que fossem deixadas a cargo das autoridades locais. Por outro lado, a legislação sanitária de 1904, aponta também para a crescente responsabilidade da União em

relação a capital federal que a partir desta legislação, tornou-se responsável por todos os serviços de higiene, até então na esfera da municipalidade do Distrito Federal e todas as ações de profilaxia de doenças infecciosas.

Todavia, as constantes epidemias ocorridas nos primeiros anos da República, evidenciavam uma ausência de coordenação entre os órgãos federais, estaduais e municipais, o que conduziu a uma mudança de postura das autoridades federais. Numa tentativa de conter as epidemias é que na cidade do Rio de Janeiro foi instituído através dos decretos nº 4463, de 12 de julho de 1902 e nº 966 de 2 de janeiro de 1903, a notificação compulsória dos casos de “cholera morbus”, febre amarela, peste, varíola, difteria, tifo, febre tifóide, tuberculose e lepra ulcerada, como também a verificação dos óbitos ocorridos na cidade, pelos médicos da Diretoria Geral de Saúde Pública, tornando obrigatório o isolamento dos doentes infectantes e a desinfecção dos domicílios (Paul Singer: 1978:108).

O Instituto Soroterápico de Manguinhos, criado no Rio de Janeiro, capital da República, em 1899, passou para o controle federal, em 1904. Sob o comando de Oswaldo Cruz, o Instituto era responsável pela produção e fornecimento de soro e vacina antipestoso para os estados e municípios que o solicitassem.

Na esfera estadual a fundação do Instituto Bacteriológico, em 1892, na cidade de São Paulo desempenhou papel fundamental na formulação de políticas sanitárias nesse Estado. Suas maiores contribuições foram o fornecimento de diagnósticos e auxílio na formulação da ação sanitária contra moléstias que se manifestavam na capital e no interior. Como constata Maria Alice R. Ribeiro (1993:36), as pesquisas encampadas por Adolfo Lutz, que esteve à frente deste instituto, ajudaram na elucidação e prevenção de diversas doenças como a cólera, febre tifóide, peste bubônica, febre amarela e da difteria que eram consideradas doenças exóticas, quase desconhecidas no país e no Estado de São Paulo.

Emílio Ribas, outro destacado médico sanitaria assumiu, em 1896, a função de inspetor sanitário, atuando em diversas cidades do interior paulista: Rio Claro, Araraquara, Pirassununga, Jaú e Campinas (Marta Almeida: 1997:581). Em 1898 é nomeado diretor do Serviço Sanitário de São Paulo por ter contido os surtos de febre amarela na cidade de Campinas.

A irrupção da peste bubônica, em 1899, em Santos, no litoral paulista, levou o assistente do Dr. Lutz, do Instituto Bacteriológico, Dr. Vital Brasil a se deslocar para essa cidade com a incumbência de conter a expansão da moléstia. Para fornecer o soro antipestoso foi criado o Instituto Butantã que além do fornecimento de soros e vacinas tornou-se

mundialmente conhecido com a pesquisa e desenvolvimento de soros antiofídicos.

É neste contexto que no decorrer da Primeira República cresce o prestígio dos médicos sanitaristas adeptos da teoria pasteuriana. A adoção da microbiologia como lembra Marta Almeida (1997:580) exigiu todo um aparato – laboratórios, microscópios, inovação no vocabulário e na práxis médica fortalecendo a ação desse grupo que passou a atuar diretamente nas políticas públicas de saúde, “a microbiologia ao se firmar incorporou-se à idéia de modernização apregoada no próprio projeto republicano para o país”. O grau de interferência das ações desse grupo de médicos pode ser observado na influência que exerceu nas cidades brasileiras, ao associar a difusão de diversas doenças as péssimas condições de saneamento das cidades. Desse modo, o saneamento e a reeducação da população eram defendidos pelos médicos e a saúde pública e, como observa Marta Almeida (1997:578), favoreceu a consolidação da microbiologia nos meios institucionais da ciência médica, visando detectar a especificidade etiológica das doenças e sua eventual imunização ou vacinação. Os meios artificiais criados pelos médicos sanitaristas para impedir as epidemias associadas as normatizações coletivas instituídas pelo poder público exerceram um papel primaz no combate e na prevenção das doenças contagiosas. Por outro lado, a expansão das

faculdades de medicina⁴ demonstra a crescente importância que os médicos passam a gozar na sociedade.

Conforme Rodolpho Telaarolli Junior (1996:184), os laboratórios técnicos, contemplavam um aspecto que era fundamental para o desenvolvimento tecnológico das práticas sanitárias segundo os preceitos da bacteriologia, tornando-as mais científicas, inserindo, igualmente, os exames microscópicos necessários aos diagnósticos. Desse modo, os novos objetos técnicos efetivaram a ação do Estado que passava adquirir conhecimentos em relação à etiologia das epidemias, endemias e epizootia das doenças facilitando os diagnósticos e as ações para conter a sua difusão. O Laboratório de Análises Químicas tornou-se responsável pela análise de substâncias alimentícias, bebidas, drogas e fórmulas medicinais. O Laboratório Farmacêutico, por outro lado, dedicava-se ao preparo e suprimento de medicamentos para as enfermarias dos estabelecimentos hospitalares custeados pelo Estado.

Para Gilberto Hochman (1998:38) as políticas de saúde tiveram um papel importante na capacidade do Estado de intervir no território brasileiro, especialmente nas primeiras duas décadas da Primeira República (1889-1930). Naquele período a ausência de integração do

4 Conforme Paul Singer (1978:111), em 1889, a Faculdade de Medicina e Farmácia de Porto Alegre começou suas atividades e, a partir do século XX, novas escolas médicas foram instaladas nos estados de Minas Gerais, Paraná, Distrito Federal, São Paulo, Pará e Pernambuco. No final do século XIX eram 3 escolas de medicina e, por volta de 1920, esse número havia se elevado para nove.

território brasileiro, fazia com que as distintas regiões do país se desenvolvessem praticamente isoladas umas das outras, formando verdadeiras “ilhas”.

Essa situação não impediu uma tomada de consciência, especialmente das elites regionais, quanto à necessidade de uma maior participação do Estado na elaboração de políticas públicas de saúde, capazes de conter os surtos endêmicos e epidêmicos e a insalubridade dos centros urbanos, ameaças constantes aos seus interesses econômicos. As intervenções do poder público estavam respaldadas no saber técnico-científico que alcançava um grande prestígio entre parcelas da elite e do poder público.

Neste período, a percepção da difusão de doenças e a necessidade de contê-las esteve associada ao próprio crescimento das cidades que adquiriam importância grande importância no cenário econômico da nação. A rede urbana que se estruturava estava subordinada ao dinamismo econômico das distintas frações do território. De modo geral, a concentração de população e de atividades econômicas ocorreu nas cidades mais expressivas, que estavam situadas entorno dos portos ou centros de comércio de exportação. Em 1872, apenas três capitais contavam com mais de 100.000 habitantes: Rio de Janeiro (274.972), Salvador (129.109) e Recife (116.671). Em 1900, eram quatro capitais: Rio

de Janeiro (691.565), São Paulo (239.813), Recife (113.106) e Belém (96.560) que se aproximava dos 100.000 habitantes.

A nova vida de relações incrementou, ainda, o processo de imigração que se constituiu em mais um fator para acelerar o crescimento urbano, especialmente, no centro-sul do país. A tardia abolição da escravatura (1888) impulsionou a vinda de estrangeiros para trabalhar, sobretudo, na lavoura cafeeira. No final do século XIX, São Paulo recebeu quase um milhão de imigrantes estrangeiros, dos quais 600 mil trabalhadores imigrantes tiveram suas passagens subsidiadas integralmente pelo Estado (Maria Alice R. Ribeiro:1993:19).

A mecanização de frações do território conjugada com a expansão demográfica e com o fenômeno de urbanização tornou ainda mais ameaçadoras as epidemias (febre amarela, varíola, peste, tifo, escarlatina, difteria, lepra, sarampo, entre outras) que atingiam indiscriminadamente a população como também os negócios e a própria imagem da nação.

As várias epidemias que assolavam o país, mormente a Capital Federal, desestimulavam a vinda de estrangeiros e sua permanência no país, provocando a recusa, por exemplo, de navios de aportarem nas cidades brasileiras, o que acarretava em grandes prejuízos para a economia brasileira.

Os negócios relativos à exportação de gêneros primários somados aos problemas acarretados aos investidores estrangeiros que atuavam em diversos negócios nas cidades brasileiras alarmavam as elites que eram atingidas direta e indiretamente pelas mazelas causadas por essas doenças.

Como observa André Mota (2003:21) as políticas públicas de saúde seriam “inseridas no planejamento das cidades e das zonas rurais como forma de combate sistêmico das doenças, domínio e saúde do corpo social”. Neste sentido é que para conter os surtos epidêmicos, os médicos sanitaristas pressionaram as administrações públicas para a realização de obras urbanas, como drenagem do solo, tratamento das águas e do esgoto, derrubada de habitações insalubres bem como se confrontaram diretamente com as populações mais pobres ao controlar a circulação de pessoas, isolar os doentes, implantar a vacinação obrigatória. O saber técnico-científico conferia-lhes um poder de intervenção que ora, se defrontava com os interesses dos poderes constituídos, ora beneficiava os interesses dos grupos mais poderosos.

Paulatinamente, configura-se um território normado, que por intermédio das regulamentações coletivas instituídas pelo poder público tentava controlar e combater a proliferação das doenças contagiosas.

Todavia, este território normado na saúde era permanentemente confrontado pelo território como norma.

Um olhar mais atento possibilita vislumbrar o rebatimento das normas nos lugares, o jogo que se travava entre os distintos agentes. Na cidade de São Paulo a proibição de cortiços na área central aparece no Código de Posturas Municipal (1886) e, mais tarde, é reafirmado no Código Sanitário (1896). Havia uma diretriz que claramente procurava, através das normas sanitárias eliminar os cortiços das áreas centrais abrindo possibilidades de se reorganizar o antigo centro urbano e, principalmente, criar novos eixos de valorização nessa área e nas regiões adjacentes. O desejo de ostentar os novos símbolos de modernidade e os novos valores nos quais a aristocracia cafeeira pudesse se reconhecer guiou, outrossim, a remodelação empreendida pelo poder público. O Código Sanitário (1896) propunha, ainda, a construção de vilas operárias junto às fábricas, em locais distantes do centro, numa tentativa de solucionar os problemas habitacionais, mas que demonstrava claramente a intenção do governo de afastar o nascente operariado dessa área mais valorizada da cidade.

Na cidade portuária de Santos, em fins do século XIX, o governo do Estado de São Paulo organiza o serviço de saúde pública e inicia o saneamento de seu porto. A presença da estrada de ferro *São Paulo*

Railway que ligava Santos ao oeste paulista, tornava essa cidade à porta de entrada de diversas doenças que assolavam o país, devido ao intenso fluxo de pessoas e mercadorias. Santos era responsável pelo escoamento da produção cafeeira e o local de desembarque dos imigrantes que chegavam ao país.

Duas comissões foram criadas: a Comissão Sanitária de Santos, subordinada ao Serviço Sanitário da Secretaria de Negócios do Interior e, a Comissão de Saneamento, ligada à Secretária da Agricultura. A primeira coube a canalização de água e construção da rede de esgotos. A segunda ficou encarregada de exercer o poder de polícia sanitária: vistoriar habitações, promover desinfecções, fiscalizar a limpeza de quintais e terrenos baldios. As ações eram voltadas, especialmente para as populações empobrecidas da cidade, consistindo não apenas na interferência dos hábitos desses habitantes como também promovendo a derrubada de prédios, a remoção de estábulos e de fábricas nocivos à saúde pública, a eliminação das casas coletivas, o isolamento de doentes, o asseio das ruas como observa Maria Alice R. Ribeiro (1993:54-55).

Os conflitos decorrentes das normas instituídas pela Comissão Sanitária geraram diversos protestos por parte daqueles diretamente atingidos pelos serviços de inspeção. Como relata essa autora (1993:56), a proibição do comércio ambulante entre o Porto e o Hospital de

Isolamento gerou reclamações dos comerciantes em relação à Comissão Sanitária. O fechamento do cemitério que possuía covas rasas e a proibição do transporte de cadáveres nos bondes, junto aos passageiros habituais e a recomendação de incinerá-los foi outro motivo de desagravo. A interdição de cortiços que provocava o despejo de milhares de pessoas, levou a municipalidade, através do intendente Municipal de Higiene, a desautorizar muita das ações da Comissão, como por exemplo, aceitando apenas a derrubada de parte dos cortiços, expondo, dessa maneira, os conflitos de interesses que envolviam desde proprietários, inquilinos, até as distintas instâncias de poder público.

No interior do Estado de São Paulo a ausência de serviços urbanos como rede de água e esgoto, limpeza pública dos logradouros era a regra, mesmo para cidades como Campinas, Araraquara, Rio Claro, Limeira, Ribeirão Preto, Taubaté enriquecidas pela produção cafeeira. Quando se difundiram as epidemias a precariedade desses serviços foi exposta como, por exemplo, a febre amarela que ceifou milhares de vidas.

No Rio de Janeiro, o presidente da República Rodrigues Alves (1902-1906) e o prefeito Francisco Pereira Passos (1902-1906) travam, no início do século, uma batalha contra os cortiços, que ocupavam áreas valorizadas do centro da cidade. A especulação alimentou a repartição dos antigos casarões coloniais que foram convertidos em moradia para uma

população que crescia velozmente, transformando “a região central num torvelinho humano, que pululava penoso e irrequieto desde as primeiras horas da manhã, na luta por oportunidades cada vez mais escassas de sustento” (Nicolau Sevencko: 1984:58). O prefeito Pereira Passos comandou a reforma urbana na cidade carioca. A demolição de antigos prédios, a eliminação de becos e vielas, o alargamento e asfaltamento das ruas, a abertura de avenidas ligando a área central à zona sul fizeram parte do Plano de Embelezamento e Saneamento da cidade. Como em São Paulo, o poder público com tal intervenção alcançava ao mesmo tempo a valorização das áreas centrais e a expulsão das populações pobres para as periferias ou para os bairros mais distantes e degradados, ou ainda, para os morros que circundavam a cidade.

Não obstante, o presidente da República Rodrigues Alves instituiu a obrigatoriedade da vacinação contra a varíola no Rio de Janeiro. As péssimas condições de moradia, higiene e alimentação fizeram das populações pobres uns dos principais alvos das campanhas do médico sanitarista Oswaldo Cruz, que buscava eliminar os focos da doença. A falta de informações sobre a doença somada à violência como eram tratados pelos funcionários desencadeou, em 1904, a Revolta da Vacina (Nicolau Sevencko: 1984). O episódio da Revolta acelerou as mudanças empreendidas pelo prefeito Pereira Passos na capital federal.

Os sucessores do prefeito Passos aprofundaram a estratificação socioespacial que já era característica da cidade desde o século XIX, contribuindo assim para a consolidação de uma estrutura núcleo/periferia que perdura até hoje, segundo Maurício de Abreu (1987:73). As maiores intervenções foram realizadas pelo prefeito André Gustavo de Frontin (1919), que num curto intervalo de tempo, alargou as avenidas Atlântica e Niemeyer, construiu a Avenida Meridional (atual Delfim Neto) e Rio Comprido (atual Paulo de Frontin). O prefeito Carlos Sampaio (1920-1922), com a mesma conduta dos seus antecessores, extinguirá os bairros proletários do Morro do Castelo e Misericórdia localizados na área central dando ainda continuidade à abertura de novas avenidas como Portugal, Maracanã, Rui Barbosa. A preocupação com os interesses dos grandes incorporadores foi contemplada com a integração da Lagoa Rodrigo de Freitas, último reduto da zona sul a ser ocupado. Obras de saneamento e aterro foram realizadas pelo poder público, valorizando os terrenos aí localizados e, concretizando o binômio valorização-expulsão. Primeiramente, as populações operárias foram expulsas dessa área, e mais tarde, foi a vez das grandes indústrias têxteis que haviam se instalado no último quartel do século XIX, atraídas pelos baixos preços dos terrenos (Maurício de Abreu: 1987).

As políticas sanitárias cumpriram um papel significativo na geografia que se desenhou em diferentes cidades brasileiras, levando a sua fragmentação. A formação de bairros higiênicos, de um lado, afastava os moradores pobres, provocando ao mesmo tempo a rápida valorização dessas áreas urbanas. De outro lado, essas medidas impulsionaram a ocupação das áreas periféricas, totalmente desprovidas de infra-estrutura e propícias ao aparecimento de diversas doenças. As ações saneadoras ficavam, desse modo, restritas aos lugares onde a circulação de pessoas e mercadorias era mais intensas, justamente aquelas que contemplavam os interesses das elites.

Desde o advento da República até a primeira década do século XX, a ênfase dos governos foi de estabelecer códigos sanitários e legislações específicas que tentavam controlar as diversas epidemias, especialmente nas cidades. É importante ressaltar que o Estado de São Paulo foi pioneiro no estabelecimento de uma legislação mais avançada capaz de combater as diversas epidemias, quando comparada aos demais estados da nação. Buscava uma articulação mais ampla que não ficasse restrita apenas a capital, atingindo as parcelas do Estado enriquecidas pela atividade cafeeira, mostrando que os interesses econômicos foram o motor principal para o estabelecimento de políticas públicas em saúde. Pouco a

pouco essa preocupação se estende para áreas mais amplas do território brasileiro.

Como aponta Rodolpho Telarolli Jr. (1996) o que é marcante neste período é que as ações das campanhas sanitaristas eram dirigidas à doença e não aos doentes, pois todo o empenho se dirigia à erradicação das endemias e epidemias. Como as populações empobrecidas eram mais afetadas pelos surtos epidêmicos acabava-se por atribuir a essa parcela da população parte da responsabilidade pela propagação das doenças, devido a falta de hábitos de higiene, a promiscuidade de suas habitações, imputando-se aos pobres os problemas de saúde pública que atingiam o país e não a pobreza na qual viviam, fruto da exploração a que eram submetidos pelas elites do país. Como observou Mariza Romero (2002) os sanitaristas brasileiros tinham uma posição bastante conservadora em relação aos surtos epidêmicos atribuindo a fatores meramente causais a relação entre os micróbios e as doenças, diferentemente de seus colegas franceses e alemães que consideravam o aparecimento das epidemias ao conjunto de fatores econômicos e sociais. “Ao apontar os trabalhadores como disseminadores de micróbios mortais, a categoria médica não só reforçava sentimentos de medo calcados no imaginário da população, em razão de sua longa convivência com epidemias, como sugeria que se devia temer e afastar as classes populares. Estas eram tratadas como foco de

propagação da morte, pois conviviam com a imundície, e as doenças letais que atingiam o corpo social e estavam intimamente ligadas à promiscuidade, à sujeira e à ignorância” (Mariza Romero:2002:73).

Neste sentido é que a assistência médica individual prestada pelo Estado era extremamente precária, com alguns hospitais de isolamento mantidos pela iniciativa pública que tinham como principal escopo retirar do convívio social os infectados que “representavam um risco para a coletividade”. No geral, a incumbência pela cura dos doentes era das instituições filantrópicas⁵, especialmente de caráter religioso como as Santas Casas, também voltadas ao atendimento das populações mais pobres.

Note-se que a experiência das aglomerações urbanas criou uma consciência no governo e nas elites que os problemas relacionados à saúde não podiam ser resolvidos isoladamente, numa perspectiva individual, ainda que essa percepção fosse tênue e bastante preconceituosa.

Como já enfatizamos, o crescimento urbano ligado ao dinamismo econômico alcançado nas diferentes “ilhas” do “arquipélago” fizeram aumentar os contatos entre as elites urbanas e as populações mais pobres. Gilberto Hochman (1998) sustenta que a preocupação dos ricos e sadios para com os menos afortunados e doentes não derivava apenas de uma

5 Conforme Rodolpho Telarolli Júnior (1996) os estabelecimentos de saúde filantrópicos estavam presentes em 114 dos 204 municípios do estado de São Paulo, em 1920.

concepção ética e moral, mas a uma percepção das elites quanto à ampliação dos elos de interdependência social. Nas palavras do autor (1998:52) “ao interligarem em uma grande cadeia tanto indivíduos como regiões, ao coletivizarem o problema da saúde, os micróbios e as epidemias desafiavam quaisquer tentativas de se promoverem arranjos individualizados e localizados de proteção”. Daí a necessidade de se tomar medidas de abrangência nacional, já que as doenças não respeitavam fronteiras, o que garantiu a saúde um *status* nacional. As soluções apontavam a necessidade de uma coordenação das ações, o que fortalecia a posição do governo federal, representado pela classe médica, que assumia um papel primaz como agente na organização e na implementação de políticas de saúde em todo o território nacional, fundamentais na contenção das epidemias, bem como na prevenção e na profilaxia das doenças endêmicas.

Capítulo 2

O território como norma e as intervenções do poder público

2.1. O crescimento das intervenções federais no território brasileiro – o saneamento rural nas décadas de 1910 e 1920

O saneamento rural foi um movimento que ocorreu entre 1910 e 1920. Os estados em associação com o Governo Federal e a Fundação Rockefeller começaram a atuar na organização e nas diretrizes da saúde pública no Brasil⁶, com o objetivo de combater três epidemias rurais (ancilostomíase, malária e mal de Chagas). O interior do país começa a ser conhecido pelas autoridades sanitárias, que haviam restringido suas ações as áreas portuárias e as capitais dos estados mais dinâmicos e, raramente, como ocorreu em São Paulo ao próspero interior que abrigava a atividade cafeeira.

A partir de 1910 crescem as solicitações dos governos estaduais para a realização de ações de saneamento em seus respectivos estados.

⁶ O chamado “movimento médico-sanitário” recebeu influência da escola norte-americana de saúde pública, que tinha em Baltimore seu núcleo mais ativo, através da Fundação Rockefeller e da John Hopkins University. (Emerson E. Merhy e Marcos S. Queiroz: 1993:178).

Como mostra Gilberto Hochman (1998), a presença das ações federais nos estados ocorre através de aportes técnicos, financeiros e de recursos humanos. Por intermédio do Instituto Manguinhos, Osvaldo Cruz e sua equipe foram contratados para atuar em diversos estados. Em Belém do Pará por solicitação do governo do estado executaram a campanha contra a febre amarela.

Conforme Jaime L. Benchimol (2000), entre 1912 e 1913, participantes desse Instituto percorreram, a bordo de um pequeno vapor, o Rio Amazonas. Carlos Chagas, Pacheco Leão, João Pedro de Albuquerque realizaram estudos, exames clínicos, registraram a história de epidemias e as práticas curativas locais, revolveram entranhas de insetos, peixes, animais em busca de parasitas. Além disso, armazenaram plantas medicinais, inventariaram a população, topografia e tudo que fosse necessário para avaliar a salubridade da região.

Os vales do Rio São Francisco e Tocantins foram visitados, entre 1911 e 1912, pelos médicos sanitaristas Astrogildo Machado e Antônio Martins que acompanhavam uma equipe da Estrada de Ferro Central estudando a viabilidade da construção de um traçado ligando Minas Gerais ao Pará. Três outras equipes atuaram no serviço de Inspetoria de Obras Contra a Seca, órgão do governo federal criado em 1909 para implantar programas de estudo que orientassem a reconstituição da

floresta, a abertura de estradas e ferrovias e a perfuração de poços e construção de açudes na região semi-árida do nordeste. Adolfo Lutz e Astrogildo Machado visitaram ainda, em 1912, os estados do Ceará e Piauí, ao passo que, Artur Neiva e Belisário Pena percorreram, nesse mesmo ano, a cavalo ou em lombo de mula sete mil quilômetros pelos estados da Bahia, Pernambuco, Piauí e Goiás, como mostra Benchimol (2000).

Em 1916, como resultado dessa incursão pelo interior do território os pesquisadores do Instituto Manguinhos produziram um relatório no qual fizeram um inventário sobre as condições de saúde e vida das populações rurais do Brasil, constatando a presença de uma vasta população doente e miserável no interior do país. Os autores do relatório, Belisário Penna e Arthur Neiva, responsabilizavam o governo e a doença, “e não mais a natureza, a raça ou o próprio indivíduo, os grandes culpados pelo abandono da população à própria sorte”. Como enfatiza Nísia T. Lima e Gilberto Hochman (2000), as autoridades públicas em todos os níveis são apontados como os verdadeiros responsáveis pela situação vigente no interior do país, cujo abandono deixa como legado as endemias

rurais e suas funestas conseqüências⁷. Conforme esses autores “o diagnóstico de um povo doente significava que, em lugar da resignação, da condenação ao atraso eterno, seria possível recuperá-lo, através de ações de higiene e saneamento, fundadas no conhecimento médico e implementadas pelas autoridades públicas. A medicina aliada ao poder público era instrumento fundamental para operar essa transformação”. Como nos alerta esses autores, Afrânio Peixoto, em sua instigante percepção afirmou que “os sertões do Brasil começavam no fim da Avenida Brasil”, retratando o abandono por parte dos poderes públicos das populações mais pobres do país que habitavam tanto o campo como as periferias das cidades. Belisário Penna avaliou que 70% da população era portadora de ancilostomíase. Essa enfermidade seria uma das responsáveis pela famosa indolência do povo, pela sua imagem de “Jeca Tatu” e, Carlos Chagas, descobridor do *Trypanosomo cruzi*, calculou em três milhões o número de pessoas infectadas pelo mal que leva o seu nome e tido como incurável, acarretando cardiopatias, paralisia, aparvalhamento e idiotismo completo, conforme relata Mariza Romero (2002), estimando-se também a presença de 30 mil leprosos no país. Se houve um avanço em relação à responsabilização do Estado em relação

⁷ Belisário Penna (1923), ao percorrer o país na primeira década do século 20, constatou que dificilmente encontraria alguém com relativa saúde, afirmando que nas suas jornadas deparou com incontáveis impaludados agudos e crônicos, caquéticos, com opilados exangues, bestificados, com papudos e aleijados que em contorções satânicas rastejavam-se como répteis uns, como batráquios outros, com cretinos e seus trejeitos simiescos, com asmáticos e entalados” (Mariza Romero:2002:66).

ao quadro de enfermidades que arruinava milhares de vidas, a exploração a que eram submetidas às populações mais pobres não fazia parte da preocupação dos organizadores desse relatório.

Como já ressaltamos, a consciência que os problemas de combate às diversas epidemias apenas seria alcançado com uma maior intervenção do poder federal é representativa desta década. A epidemia da gripe espanhola que atingiu deliberadamente todas as camadas sociais foi um momento de sensibilização importante, por parte das elites, que a partir dessa tragédia sentiram a necessidade urgente de mudanças na área da saúde pública⁸. Em 1918 é criada a Liga Pró-Saneamento do Brasil, com o apoio das elites intelectuais e políticas do país. O diagnóstico médico-sanitarista sobre o Brasil teve conseqüências importantes. O movimento pela reforma da saúde apresentou como seu resultado mais concreto a reorganização dos serviços sanitários federais nos anos 20 com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) (Nísia T. Lima e Gilberto Hochman:2000).

⁸ A epidemia da gripe espanhola provocou inúmeras mortes acometendo inclusive o presidente eleito Rodrigues Alves.

2.2 – A presença do Estado no meio rural - a conformação do território normado e seus rebatimentos no território como norma

No decorrer deste período, paulatinamente, assistimos a conformação de um território normado, com a criação de leis, códigos e decretos que repercutiram nas estratégias de atuação do governo, respaldada neste saber técnico-científico. Desse modo, o governo federal firma acordos com os governos estaduais para o desenvolvimento de programas de saneamento e profilaxia rural entre União e estados. Por outro lado, surge um conjunto de equipamentos voltados para o combate às doenças, como institutos de pesquisas, laboratórios, dispensários, hospitais de isolamento, destinados a prevenção e a profilaxia das doenças. Lentamente um conjunto de objetos que incorporavam técnica e ciência e voltados para as ações de saúde se difundiu pelo território. É, no entanto, importante ressaltar que a abrangência desses novos objetos era, ainda, bastante seletiva, limitada a alguns poucos lugares do território.

Na década de 1920, através da Liga do Saneamento houve uma expansão do poder público sobre o território brasileiro, quando uma ação governamental buscou sanear o meio rural. A presença do Estado se deu graças à criação de objetos técnicos, como os postos sanitários rurais, os

hospitais regionais, os postos de profilaxia da ancilostomíase e verminoses, os postos de combate à malária. Segundo Gilberto Hochman (1998:188), em 1922, estavam em funcionamento 88 postos sanitários rurais, distribuídos entre quinze estados e no Distrito Federal, sendo alguns itinerantes no Amazonas e Pará, visando atender as populações ribeirinhas. Possuíam entre três e quatro postos os estados do Amazonas, Pará, Maranhão, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Bahia, Espírito Santo, Rio de Janeiro e Santa Catarina. Já os estados de Minas Gerais, Distrito Federal e Paraná contavam com 18, 17 e 8 respectivamente.

Existiam sete hospitais regionais, vinculados aos serviços federais, sendo que 4 no estado de Minas Gerais e os demais nos estados do Pará, Maranhão e Paraíba, e 27 dispensários para o tratamento de sífilis e doenças venéreas e lepra. Esses equipamentos estavam distribuídos em capitais de catorze Estados (AM, PA, MA, CE, RN, PB, PE, AL, BA, MT, RJ, MG, PR, SC), que tinham estabelecido acordos de tratamento para essas doenças. O autor aponta, ainda, a presença de 58 postos de profilaxia da ancilostomíase e verminoses, em cooperação com a Fundação Rockefeller, em 56 municípios de doze estados: MA (dois), PE (seis), AL (dois), BA (três), MG (seis), ES (dois), RJ (dez), PR (três), SC (quatro), RS (cinco), SP (doze) e mais o DF (três).

O Instituto Rockefeller mantinha quatro postos para combate à malária, no estado do Rio de Janeiro, e estabelecia serviços permanentes de higiene municipal, em Minas Gerais e São Paulo. A difusão dos serviços de saúde pública (hospitais, postos e subpostos) de prevenção e de combate às epidemias e as ações de profilaxia das endemias rurais, da lepra, das doenças venéreas ampliou a autoridade sanitária em todo o território brasileiro.

Pela primeira vez na história da saúde pública o governo federal começa a intervir e se tornar mais presente no território, seja ao criar um conjunto de normas sanitárias, que configurará um território normado que tinha como objetivo orientar as ações relacionadas à saúde, seja na própria difusão dos novos objetos técnico-científicos da saúde (postos, hospitais, laboratórios, institutos, dispensários), e que permitiram a efetivação de algumas dessas normas. Não é objeto de nosso trabalho analisar os desdobramentos das políticas sanitárias nesta primeira metade do século XX, todavia, o que interessa é frisar o papel do poder público que, neste momento, busca consolidar um conjunto de políticas nos distintos âmbitos da federação. A “corrente médico-sanitária” foi fortemente influenciada nessa década pelas escolas americanas de saúde pública, que tinha em Baltimore seu núcleo mais ativo através da associação entre a Fundação Rockefeller e a Johns Hopkins University.

Esta fundação financiou e participou na organização de serviços e na formação de recursos humanos. Geraldo H. de Paula Sousa e F. Borges Vieira tornaram-se membros da primeira turma do curso de formação de médicos sanitaristas da Johns Hopkins University. “Formaram-se dentro de uma perspectiva tecno-assistencial influenciada centralmente pela concepção médico-sanitária, que teve vários adeptos no Brasil, e se consolidou como um dos grandes ideários sanitários no período pós-30”. (Emerson Elias Merhy:1997:205). A reforma sanitária de 1925 foi bastante impregnada pelo ideário dessas instituições norte-americanas. Em São Paulo, a Reforma Paula Souza como ficou conhecida teve como ponto central os centros de saúde e à educação sanitária do indivíduo. Na prática isso significou uma maior ênfase na educação perdendo força a concepção dominante desde a última década do século XIX calcada no policiamento e na vigilância sanitária. Como mostra André Mota (2003:98), os centros de saúde funcionavam como difusores de programas de educação sanitária que englobavam assuntos diversos desde as características das doenças, como modos de prevenção, além dos riscos referentes ao álcool e ao fumo. Como observa esse autor (2003:98), impregnados por uma leitura eugenista discutia-se, ainda, “as qualidades genéticas de um indivíduo e as ligações entre um homem superior e sua higiene tanto física quanto genética”. Essa leitura enviesada da realidade

foi reafirmada pela reforma sanitária empreendida por Geraldo de Paula Souza, perdurando até o pós 1945, quando surgem teorias científicas que a desqualificam e movimentos na sociedade de repúdio.

A década de 1930 marca uma inflexão nos rumos da saúde pública no país. A Segunda República exercida por Getúlio Vargas foi marcada por mudanças significativas nas políticas sociais, sobretudo na área da saúde. Em 1934, assume a gestão no Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) Gustavo Capanema que permaneceu até a saída de Getúlio Vargas em 1945. Afinado com os ideais da política empreendida por Getúlio Vargas, a formação de uma nova nação e de um novo homem, e a necessidade de consolidar a unidade nacional, Capanema promove a centralização das ações em saúde. Embora, as ações do governo federal tenham se ampliado, no decorrer da década de 1920, os estados mantiveram uma relativa autonomia.

Mas será apenas em 1937 com a aprovação da lei nº 378 de 13 de janeiro de 1937 que a Reforma Capanema é instituída. Como mostra Gilberto Hochman e Cristina Fonseca (2000:178), o território brasileiro foi dividido em 8 regiões contando cada uma delas com uma Delegacia Federal de Saúde. “As delegacias tinham como função supervisionar as atividades necessárias à colaboração da União com os serviços locais de saúde pública e assistência médico-social, além da inspeção dos serviços

federais de saúde. Dessa forma, o governo federal pretendia tornar sua presença mais efetiva em diversas regiões do país, implementando e supervisionando as ações de saúde pública e assistência médico-hospitalar”.

É importante ressaltar que em 1939, dos 1.585 municípios existentes, não havia assistência médico-sanitária em 763, ou seja, em 48,13 % dos municípios brasileiros, como pode ser observado na tabela abaixo:

Tabela – 1
Assistência Médico-Sanitária - 1939
Total de Municípios em Estados Selecionados onde não havia assistência.

Estados Selecionados e Brasil	Total de Municípios nos Estados	Total de Municípios onde não havia assistência
Pará	49	15
Espírito Santo	32	14
Minas Gerais	288	135
São Paulo	270	123
Rio de Janeiro	51	05
Santa Catarina	44	07
Rio Grande do Sul	88	06
Mato Grosso	28	18
Goiás	52	41
Brasil	1585	763

Fonte: Anuário Estatístico:IBGE, 1939 .

Concomitante as políticas públicas a década de 1920 é marcado pelo reconhecimento dos direitos dos trabalhadores em relação à previdência. O crescimento dos trabalhadores assalariados e os movimentos pelas primeiras conquistas trabalhistas repercutiram na

criação da lei Eloy Chaves, de 1923, um passo importante para a institucionalização da assistência médica individual. A lei Eloy Chaves instituiu as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) visando ao atendimento, inicialmente, das empresas ferroviárias, estendendo-se mais tarde, para outras empresas. A partir de 1926 a previdência social passou a incluir a assistência médica individualizada nos serviços de cobertura da CAP, prevendo um esquema de financiamento no qual participavam empregadores, empregados e Estado.

Apontamos também o nascimento da previdência social, na década de 1930. Praticamente aí nasceu a previdência social como função de Estado, que incluía os diversos Institutos de Aposentadoria e Pensões então criados e que também prestavam assistência médica aos seus segurados.

Nos primeiros anos da década de 1940, sob os auspícios do governo Vargas, a concepção de saúde pública permanece com uma visão emergencial, restrita a contenção daquelas doenças que afetavam diretamente os interesses dos grupos dominantes. No Brasil, durante a 2ª Guerra Mundial, um convênio firmado entre os governos brasileiro e norte-americano, na Terceira Reunião de Consulta aos Ministérios das Relações Exteriores das Repúblicas Americanas, realizada no Rio de Janeiro em 1942, criou sob os cuidados do ministro da Educação e Saúde,

Gustavo Capanema, o Serviço Especial de Saúde (SESP), um acordo que contemplava as áreas de saúde e saneamento. A origem do SESP esteve associada aos interesses norte-americanos nas áreas produtoras de borracha e minério de ferro, da Amazônia e do Vale do Rio Doce. Essas matérias-primas eram consideradas estratégicas para o esforço de guerra americano. Entretanto, os elevados índices de malária e febre amarela que atingiam os trabalhadores da região, comprometiam o fornecimento dessas matérias-primas, daí a necessidade de sanear essas áreas, incumbência do novo serviço. O SESP atuou junto ao Departamento Nacional de Imigração, do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, e também da Comissão Administrativa de Encaminhamento de Trabalhadores para a Amazônia, prestando assistência médica aos trabalhadores nordestinos enviados aos seringais através do Programa de Migração, nas hospedarias de Fortaleza, Belém, Manaus. Em 1943, na região do Vale do Rio Doce atendeu aos estados do Espírito Santo e de Minas Gerais, através do Programa do Rio Doce. Como enfatiza Emerson Elias Merhy (1997), foram implantados postos permanentes – centros de saúde e postos rurais em várias regiões de Minas Gerais, Amazonas e Espírito Santo, além de ocorrer a contratação de sanitaristas por tempo integral e de uma equipe com laboratoristas, escriturários, médicos consultantes, visitantes, entre outros. “Tinham em vista uma

organização regionalizada e hierarquizada, que formasse uma rede básica de serviços de saúde pública. As atuações davam-se a partir de atividades programadas que associavam controle de doenças contagiosas, diagnóstico precoce e tratamento preventivo, educação sanitária, atividade de higiene em geral e organização “científica”, em termos administrativos, dos serviços públicos”. Para solucionar a falta de profissionais de saúde, o SESP criou escolas de enfermagem no Rio de Janeiro, Bahia, Rio Grande do Sul, Goiás e Amazonas. Embora o Serviço Especial de Saúde (SESP), tivesse um caráter pioneiro suas ações ficaram restritas, como no passado, as parcelas mais valorizadas economicamente do território brasileiro. Na área da pesquisa dedicou-se na área de medicina tropical por intermédio do Instituto Evandro Chagas, em Belém (Arquivos da Fundação SESP). Em 1960, o SESP foi transformado em Fundação vinculada ao Ministério da Saúde, no qual diversificou suas atividades, dedicando-se, outrossim, na construção de sistemas de tratamento de água e de esgoto, através de contratos com a esfera municipal.

Neste primeiro período, o conjunto normativo no campo da saúde pública mesmo que circunscrito às ações de caráter mais emergencial logrou alguns êxitos, ao mesmo tempo, que pôs em evidência os conflitos da sociedade brasileira. As normatizações coletivas, configuraram um

território normado na saúde que condicionou a criação seletiva de um conjunto de objetos técnico-científicos e de ações voltadas para a saúde pública. A crescente necessidade da presença do Estado na profilaxia das doenças e a consciência das elites, ainda que tímida, de que a resolução dos problemas vinculados as epidemias não poderiam ser realizados isoladamente marcaram as primeiras décadas do século XX. Pouco a pouco, o Estado passa a ser responsabilizado pelo abandono das populações que compõem este vasto país. As incursões realizadas por Belisário Penna e Arthur Neiva pelos sertões levaram a descoberta de um país doente e deixado à própria sorte. O território como norma se silencia no abandono, ali as normas não tem força para se impor, já que são também condicionadas pelas condições dos lugares. As ações nas décadas posteriores a 1920 continuaram circunscritas basicamente às áreas economicamente com maior dinamismo, como veremos a seguir.

Segunda Parte

Modernizações do Território no período técnico-científico-informacional

Capítulo 3

Início da globalização da economia e mudanças no uso do território

3.1 – As modernizações seletivas no território conduzem a organização dos serviços de saúde

O pós-segunda Guerra Mundial marca um novo período na história do capitalismo mundial. A retomada do crescimento econômico interrompido desde a crise de 1929, ocorre, conforme José Luis Fiori (2003:146), “a partir da reconstrução europeia, financiada em parte pelo Plano Marshall, já sob a égide de uma nova geopolítica mundial, alinhada, rigidamente, em torno aos interesses das duas grandes potências imperiais: os Estados Unidos e a URSS”. A divisão internacional do trabalho ganha novos contornos a partir da segunda metade do século XX, transformando um maior número de lugares que passam a responder as crescentes necessidades de expansão do sistema capitalista. Os três pilares que guiaram a reconstrução do pós-segunda guerra foram calcados na ideologia do consumo, do planejamento e do crescimento econômico que invadiram, em graus distintos, diversos domínios dos territórios

nacionais.

Na América Latina os programas da CEPAL apoiaram uma política deliberada de industrialização, pautada em investimentos externos, como um caminho para a superação do atraso econômico. Desse modo é que cresce a participação dos capitais estrangeiros nessas nações.

Esse período é assinalado, ainda, por um enorme desenvolvimento científico e tecnológico que acelerou as transformações mundiais. A crescente interdependência entre técnica e ciência passou a interferir em todos os aspectos da vida social, estendendo-se, em proporções distintas por todas as nações.

No Brasil as políticas territoriais engendradas sob os auspícios do Estado conduziram a profundas mudanças no uso do território. A Comissão Mista Brasil-Estados Unidos (1951/1953), segundo Guido Mantega (1985), alinhada com as orientações da CEPAL, defendia um conjunto de medidas visando promover a industrialização do país. Para alcançar este objetivo o Estado assumiu um importante papel como regulador da economia e como investidor naqueles setores considerados estratégicos tais como transportes, comunicação, energia elétrica, petróleo, siderurgia.

Buscando atrair capitais estrangeiros em áreas que não poria em risco a soberania nacional, ao mesmo tempo em que beneficiaria as

empresas estrangeiras reduzindo os custos para aquelas que viessem aqui se instalar. Coube ao Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico, criado em 1952, financiar as novas bases materiais da nação.

A participação do capital estrangeiro foi respaldada na lei 2.145 de 1954 e na Instrução 113 da SUMOC⁹ (Superintendência da Moeda e do Crédito) de 1955. Esses instrumentos normativos estabeleceram dispositivos pelos quais a CACEX¹⁰ (Carteira de Comércio Exterior) poderia conceber privilégios especiais para remessas de lucros e amortizações de capital (Guido Mantega:1985:74). Graças à Instrução 113 da SUMOC ficava abolida qualquer restrição sobre as operações cambiais das empresas estrangeiras que se instalavam no país.

Os investimentos estrangeiros crescem após essas medidas. Em 1947 entraram 47 milhões de dólares e, em 1955, 109 milhões de dólares e, em 1961, 300 milhões de dólares. (Ladislau Dowbor: 1982:183). Os setores industriais que receberam maiores investimentos estrangeiros foram de máquina e automobilístico (213,3 milhões de dólares), siderurgia e metalúrgica (41,8 milhões de dólares), química e

9 A instrução 113 da SUMOC autorizava as empresas a importar equipamentos estrangeiros sem cobertura cambial, ou seja, sem depositar moeda estrangeira para pagamento dessas importações. A condição para gozar da regalia era possuir, no exterior, os equipamentos a serem transferidos para o Brasil ou recursos para pagá-los. As empresas estrangeiras, que podiam preencher esses requisitos com facilidade, ficaram em condições vantajosas para transferir equipamentos de suas matrizes para integrá-los a seu capital no Brasil" (Boris Fausto:1999:426).

10 "A subida ao poder no Brasil em 1954 de setores sociais contrários ao desenvolvimento autônomo da nação, facilitou bastante (Instrução 113 da Sumoc) a invasão de investimentos em atividades industriais" (Armen Mamigonian:1976:97).

farmacêutica (41,5 milhões de dólares). Esses últimos, como veremos, exercendo uma forte influência na organização dos serviços de saúde. Segundo Octávio Ianni (1965:88) “a indústria de base” concentrava capitais provenientes da Alemanha Ocidental, Bélgica, França, Itália, Japão, Grã-Bretanha, Estados Unidos entre outros. A presença de capitais norte-americanos no setor manufatureiro, em 1960, era de 32% do total de investimentos estrangeiros no país.

A internacionalização do território se acentua no governo de Juscelino Kubistschek (1956-1960). Concomitante a manutenção da abertura aos investimentos estrangeiros no país, tivemos a difusão dos novos sistemas de objetos técnicos e de ações. As redes rodoviárias, os portos, os aeroportos, os investimentos em energia elétrica, em comunicação levaram à integração das diferentes regiões do país, rompendo um isolamento que remontava ao período colonial.

Os grandes conglomerados estrangeiros entraram como uma variável importante, impulsionando as modernizações que atingiam, em graus distintos, o território e foram responsáveis pela criação de novas situações econômicas e sociais. É sob essa nova materialidade que o uso do território se transforma acelerando a sua internacionalização.

Como lembra Milton Santos (1994a:96) “nenhuma variável externa se integra numa situação, se esta não tem internamente as condições para

poder aceitá-la. A presença local de certas condições aparece, pois, como indispensável à internalização de fatos externos”. Desse modo, é que foram criadas as condições internas para receber as novas variáveis externas. Conforme Ladislau Dowbor (1982:43) as políticas engendradas no país pelas classes dominantes brasileiras para acolher as variáveis externas, estavam em consonância com os interesses dessa classe de manter sua posição de poder, conquistada em “função das necessidades do capitalismo do centro”. Como argumenta esse autor (1982:43), “seria errôneo interpretar a dominância das determinações externas sobre o processo de produção capitalista dependente no Brasil como uma determinação unilateral, levando à simplificação corrente que faz do Brasil um “produto” ou um “reflexo” do capitalismo europeu e, mais tarde, do imperialismo americano”.

É sob essa ótica que ocorre a integração do território brasileiro que favoreceu, mormente, as indústrias estrangeiras que vinham se instalar no país, garantindo a ampliação do uso do território e, por conseguinte, do próprio mercado.

Conforme Milton Santos (1977a:87) “os modos de produção tornam-se concretos sobre uma base territorial historicamente determinada. Deste ponto de vista, as formas espaciais seriam uma linguagem dos modos de produção. Daí, na sua determinação geográfica,

serem eles seletivos, reforçando dessa maneira a especificidade dos lugares”. É a partir dessa categoria analítica que podemos compreender a localização dos homens, das atividades econômicas, dos serviços no espaço que responderiam tanto as necessidades externas de reprodução do modo de produção vigente, quanto às internas que corresponderiam às estruturas das sociedades nacionais¹¹.

A cada nova divisão internacional do trabalho corresponderia uma nova divisão territorial do trabalho responsável pela seletividade nos usos e pela hierarquia dos lugares. As diferenças entre os lugares são, neste sentido, o resultado do arranjo espacial dos modos de produção particulares. “O valor de cada local depende de níveis qualitativos e quantitativos dos modos de produção e da maneira como eles se combinam. Assim, a organização local da sociedade e do espaço reproduz a ordem internacional” (Milton Santos, 1977a).

A organização dos serviços de saúde de uma nação está intimamente relacionada com o contexto histórico, econômico e político de uma dada formação socioespacial. Neste sentido, o desvendamento da formação socioespacial que produziu seletividades no território nacional resulta da dialética que se estabelece entre o interno e o externo, o novo e o velho, o mercado e o território. A organização dos serviços de saúde não

¹¹ Para Milton Santos (1977a:88) “os modos de produção escrevem a História no tempo, as formações sociais escrevem-na no espaço”.

é indiferente a esse jogo de interesses e sua distribuição no território é mais um elemento que se soma aos demais para gerar as hierarquias entre os lugares.

Desse modo, o discurso oficial em diferentes formações socioespaciais, de garantir e ampliar o acesso da população ao sistema de saúde vigente pode encontrar obstáculos de ordem econômica, social, política, cultural e espacial. A segmentação dos serviços de saúde e sua atual configuração não podem ser compreendidas sem considerarmos as profundas transformações ocorridas no uso do território brasileiro, que muda substancialmente com a difusão seletiva do meio técnico-científico.

3.2. Fluxos Populacionais no território brasileiro

A urbanização brasileira é contemporânea da difusão do meio técnico-científico que ao produzir mudanças na base técnica do território, não apenas viabilizou novos usos como produziu um dos mais fantásticos movimentos de pessoas, num curto intervalo de tempo. Em 1950 a taxa de urbanização era de 36,15% sobre o total da população do país. Em 1960, representava 44,67% e, em 1970, alcançava o percentual de 55,92%. Em apenas 20 anos, a população urbana superava a rural. A urbanização atingiu o país como um todo, ainda que os processos que animaram esse

movimento não tenham sido os mesmos nas diferentes regiões do país.

Tabela – 2
Brasil e Grandes Regiões – Taxas de Urbanização

Brasil e Grandes Regiões	1950	1960	1970
Norte	29,60	35,50	42,60
Nordeste	26,40	34,20	41,50
Sudeste	47,50	57,40	72,80
Sul	29,50	37,60	44,60
Centro-Oeste	25,90	37,20	50,90
Brasil	36,50	44,67	55,92

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil – IBGE: 1950, 1960, 1970.

Destarte, os vestígios do passado de cada região conjugada com a situação do presente, isto é, com a divisão territorial do trabalho, acabaram por exercer um papel fundamental, retardando ou acelerando o processo de urbanização. No Sudeste a presença de uma divisão do trabalho mais intensa, nas décadas anterior a 1950, somada à chegada dos novos vetores tanto internos como externos, a partir do pós-Segunda Guerra, acabou por aprofundar a vida de relações, daí a acelerada urbanização dessa região. O índice de urbanização, em 1950, era de 47,50% superior ao nacional de 36,50%. A maior densidade técnico-científica dada pela construção e integração de distintos sistemas de engenharias (rodovias, hidroelétricas, ferrovias), a chegada de novas indústrias e a modernização do campo aceleraram, ainda mais, a urbanização do Sudeste que se elevou para 72,80%, ficando, novamente na década de 1970, acima da taxa nacional de 55,92%.

A metrópole paulista foi novamente a grande beneficiária desse novo período da história territorial, concentrando grande parte das modernizações ocorridas no país. A diversificação industrial ensejada, desde as primeiras décadas do século XX, a presença de um mercado consumidor mais amplo, de capitais financeiros, atrai para o seu território boa parte dos novos investimentos estrangeiros. A divisão territorial do trabalho se intensifica graças a maior diversificação das atividades econômicas, atraindo migrantes dos Estados que compõem a própria região da qual é tributária, mas também das demais regiões do país, especialmente do nordeste brasileiro. Na região Sul, áreas de povoamento antigo mesclam-se com áreas mais recentes, refletindo-se num ritmo mais lento de urbanização. Já nas áreas pouco povoadas do Norte e Centro-Oeste, onde os obstáculos eram praticamente ausentes, cria-se uma materialidade contemporânea à expansão do meio técnico-científico, que terá fortes impactos nesses índices de urbanização, sobretudo na região Centro-Oeste, onde as taxas evoluíram de 25,90% para 50,90%, entre 1950 e 1970. Nessa região, a construção de Brasília no interior do país, desencadeou um significativo fluxo migratório que repercutiu no aumento dessas taxas. No Nordeste este processo ocorreu mais lentamente, devido a uma estrutura agrária mais rígida e toda uma organização regional que não permitiu que o novo se instalasse imediatamente (Milton Santos:

1993a).

A expansão demográfica associada ao desenvolvimento dos meios de transportes assegurou o crescimento urbano da população brasileira. A revolução demográfica lograda a partir dos anos de 1950 nos países subdesenvolvidos foi, em grande parte consequência dos progressos da medicina e da higiene. No Brasil, esses progressos repercutiram no aumento da população brasileira, que passou de 51.944.397 habitantes, em 1950 para 93.139.037 habitantes, em 1970, o que representou um acréscimo de 79,30% no período. No mesmo período a população urbana aumentou 177,30%, ou seja, de 18.782.891 pessoas vivendo em cidades, em 1950, passou-se para 52.084.984 em 1970.

A urbanização foi ainda impulsionada pelas modernizações do campo, que se mostrou bastante receptivo em relação aos novos conteúdos técnico-científicos. A manutenção de uma estrutura agrária concentradora de terras, o emprego progressivo de diversos insumos agrícolas (fertilizantes, adubos químicos e novos maquinários), aliado à integração crescente dos meios de transportes e de comunicação acabou por estimular o êxodo rural, ampliando os deslocamentos para as cidades.

A expansão das populações residindo em cidades é, outrossim, encorajada pela busca de melhores condições de vida. A propagação pelos meios de comunicação, especialmente do rádio do modo de vida urbano

incentiva o processo de urbanização da sociedade brasileira. A possibilidade de usufruir serviços médicos, educacionais, de lazer aliado às promessas de emprego e realização do consumo seduz para os centros urbanos grandes contingentes populacionais¹².

A busca por melhores condições de vida faz com que o fenômeno de urbanização se generalize proliferando-se as cidades de menor porte, como as aglomerações com mais de 20.000 habitantes, que se eleva de 57,1%, em 1950 para 70,4%, em 1970 em todo o país.

Tabela - 3
Brasil e Grandes Regiões
Porcentagem da População Morando em Cidades com mais de 20.000 habitantes

Brasil e Grandes Regiões	Cidades com mais de 20.000 habitantes		
	1950	1960	1970
Norte	56,1	54,4	59,7
Nordeste	44,6	45,8	53,2
Sudeste	65,8	69,0	72,5
Sul	47,8	54,8	58,0
Centro-Oeste	9,9	41,7	50,0
Brasil	57,1	60,1	70,4

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil – IBGE: 1950, 1960, 1970.

¹² É importante lembrar que nesse período, 1945-1950, houve um crescimento significativo do setor radiofônico, com o surgimento de novas emissoras. No final da década de 1950, o país possuía um índice de 53,16% da população analfabeta, dos quais 61,98% que não sabiam ler encontravam-se entre a população rural do país, tornando esse veículo uma importante fonte de informação, de atualização e um canal de ligação da sociedade brasileira. No recenseamento de 1960, dos 13.497.823 domicílios existentes no país, 38,54% possuíam energia elétrica e 35,38% aparelhos de rádio, enquanto que apenas 4,3% tinham aparelhos de T.V. (Lia Calabre:s/data).

A evolução do índice de urbanização é ditada “pela divisão territorial do trabalho em escala nacional”, mas que incide diferentemente em cada fração do território (Milton Santos: 1993a:61). Simultaneamente, há uma significativa evolução das cidades com mais de 100.000 habitantes que saltaram de 16 para 65 cidades no total geral, revelando a magnitude que esse fenômeno alcança no país.

Tabela – 4
Brasil e Grandes Regiões
Número de Cidades com mais de 100.000 habitantes

Brasil e Grandes Regiões	Número de cidades com mais de 100.000 habitantes		
	1950	1960	1970
Norte	05	02	02
Nordeste	05	11	14
Sudeste	07	16	37
Sul	02	03	09
Centro-Oeste	-	01	03
Brasil	16	33	65

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil – IBGE: 1950, 1960, 1970.

Acompanhando esse processo de urbanização aumenta no país o número de municípios. Entre 1939 e 1950, surgem 305 novos municípios, passando-se de 1585 para 1890. Em 1960 o país já contava com 2.778, ocorrendo um acréscimo de 888 municípios no período de dez anos. Em 1968, eram 3.948 em todo o país, isto é, 1.170 novos municípios em apenas 8 anos. As maiores taxas de crescimento dos municípios foram respectivamente 295% e 281% no sul e centro-oeste superando a taxa nacional de 149%.

Tabela 5
Brasil e Grandes Regiões - Número de Cidades Brasileiras

Brasil e Grandes Regiões	Número de Municípios				Taxas de Crescimento
	1939	1950	1960	1968	
Norte	100	95	120	143	43%
Nordeste	584	608	911	1374	135%
Sudeste	640	851	1090	1410	120%
Sul	181	224	414	716	295%
Centro-Oeste	80	112	243	305	281%
Brasil	1585	1890	2778	3948	149%

Fonte: Divisão Territorial do Brasil – IBGE, 1939, 1950, 1960, 1968. In: Marcio Cataia, março de 2001.

Os novos fluxos territoriais que impulsionaram a urbanização brasileira, puseram em relevo a situação precária dos serviços de saúde, existentes no território brasileiro. É interessante notar que os meios de comunicação exerceram uma influência relevante na meta que se desenhou no pós-2^o guerra mundial de “saúde para todos”. Como lembra Ruy Ferreira-Santos (1995:32), em quase todo o mundo, popularizou-se a consciência desse direito, passando o povo a tentar exercê-lo e a exigir do Estado o cumprimento do correspondente “dever”, tendo a assistência médica aos pobres, paulatinamente, deixado de ser vista como um favor, filantropia ou caridade. “Essa tomada de consciência ampliou-se com rapidez entre as populações dos países adiantados e até daqueles com um mínimo grau de desenvolvimento”. Todavia, o crescimento das populações vivendo nas cidades brasileiras não foi acompanhado pelo crescimento da oferta desses serviços, tornando o exercício desse direito um dos maiores problemas enfrentados pelo país.

Como já vimos, havia uma nítida segmentação dos serviços de saúde que privilegiava os trabalhadores urbanos inseridos no mercado formal de trabalho. A compra de serviços de estabelecimentos hospitalares e de médicos foi o principal mecanismo de organização da oferta da denominada medicina previdenciária. Surgiram, outrossim, os hospitais próprios da Previdência, o Hospital dos Servidores do Estado e os hospitais do IAPM, do IAPETC, do IAPCs do IAPB, que inseriram na medicina brasileira a moderna tecnologia hospitalar, mantendo quadro médico permanente e de enfermagem, contribuindo para a profissionalização de médicos e de outros profissionais da área da saúde. (Maria Regina Daltro Ferreira Carvalhal:1978:06). O número de segurados da Previdência Social aumentou passando de 142.464 em 1930, para 1.912.972 em 1940 devido à criação de diversos Institutos. Em 1947 o número de segurados ativos já era de 2.895.613 (Sergio Francisco Piola: 1989:6). Entrementes, tenha ocorrido o aumento da população de segurados da Previdência, uma grande parcela dos novos trabalhadores urbanos continuou excluída de qualquer tipo de proteção social, no geral, recebendo um atendimento precário nos serviços de saúde públicos.

Por sua vez, a criação do sistema Previdenciário brasileiro repercutiu diretamente nos serviços de assistência médica que entram como uma parte importante dos serviços previdenciários.

O predomínio das ações curativas em detrimento das ações preventivas em saúde terá forte relação com essa opção política desenhada nos institutos de previdência, tendo no hospital um símbolo de inovação tecnológica e de competência para a cura. Essa visão permeou as políticas públicas de saúde e gerou uma das maiores distorções do sistema, tornando o hospital a porta de entrada para o sistema de saúde nos grandes centros urbanos, acarretando, outrossim, problemas para o seu financiamento. Segundo as palavras de Ruy Ferreira-Santos (1995:32), “a corrida ao hospital por qualquer que seja a queixa, sobrecarregando-o sem ser preciso”, fez brotar as filas em busca de atendimento médico, fortalecendo o hospitalismo.

Por outro lado, nas décadas de 1940 e 1950 nascem alguns dos atuais esquemas de assistência privada à saúde, baseados na captação de recursos de empresas empregadoras e dos empregados. Nos serviços públicos difundiram-se as Caixas de Assistência dos Funcionários, como a do Banco do Brasil (CASSI) e a assistência patronal para os servidores do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários e, mais tarde, a inclusão da assistência médico-hospitalar entre os benefícios oferecidos aos empregados das recém-criadas empresas estatais. (Ligia Bahia e Ana Luiza Viana:2002). Na década de 1950, as multinacionais, especialmente da indústria automobilística possuíam sistemas próprios de assistência

médica. Por sua vez, os servidores públicos de algumas administrações municipais e estaduais constituíram Institutos de Aposentadorias e Pensões à parte da Previdência Social (2002:327). “Esses esquemas particulares possuíam serviços próprios e/ou adotavam o sistema de reembolso de despesas médico-hospitalares. Os empregados eram atendidos, nos serviços médicos das fábricas, em ambulatórios das caixas de assistência e por provedores privados, pagos pelo cliente; essa despesa era, posteriormente, reembolsada. A intensidade com que se utilizava o serviço dos Institutos de Aposentadorias e Pensões da Previdência Social e das redes pública estadual e municipal variava de acordo com a abrangência da cobertura oferecida pelos esquemas de assistência das empresas empregadoras” (Ligia Bahia e Ana Luiza Viana:2002).

Simultaneamente ao fortalecimento da Previdência Social e ao surgimento da assistência médica privada, ambos calcados na visão curativa que usava amplamente a assistência médica-hospitalar, ocorriam mudanças intensas no campo da medicina que ecoaram nos seus custos, como veremos mais adiante.

Faz-se mister ressaltar que no pós-segunda guerra mundial originou-se à discussão sobre o processo de descentralização da saúde no Brasil quando, de modo embrionário, surgia no interior do sanitarismo desenvolvimentista a concepção de municipalização de saúde, numa

busca de solucionar a ausência de assistência sanitária em muitos municípios brasileiros. Novamente, as preocupações se voltam para os interesses das parcelas mais empobrecidas do território. Carlos Gentile de Mello (1977b:85) enumera algumas dessas iniciativas, como a do Plano Salte de 1948, que pretendia redistribuir médicos pelo território nacional. O Plano de Saúde da Comissão do Vale do São Francisco, também de 1948, que construiu 43 hospitais, com 1.800 leitos. Todavia, foram ações de pequeno alcance que não conseguiram lograr as mudanças desejadas, isto é, que rompessem com a lógica que estava se desenhando nos serviços de saúde do país.

3.3. Políticas de Saúde na década de 1950 – discussão da descentralização da saúde

Na primeira metade da década de 1950, sob o segundo período Vargas (1950-1954), é criado, em 1953, o Ministério da Saúde. Como assinala Madel Therezinha Luz (2001) havia por parte “de um setor da burocracia deste ministério, aliada a outro setor dos profissionais da previdência social, a idéia de concretizar uma efetiva descentralização dos serviços de saúde como parte de uma reforma institucional com vistas ao desenvolvimento econômico (a educação e a saúde eram consideradas

então como parte importante do desenvolvimento nacional, como saída para o ciclo do subdesenvolvimento)”. Fortalecia-se, no Ministério, a idéia da hierarquização na prestação dos serviços de saúde, priorizando-se a atenção primária. Conforme Madel Therezinha Luz (2001), a proposta do governo Vargas se aliava a um projeto de estatização da atenção médica oferecida à população, assegurando que essa permanesse como um serviço público. Esse projeto não se realiza devido à entrada de capitais estrangeiros no país e aos interesses subjacentes cristalizados nos serviços privados de saúde e à própria continuidade da centralização do poder econômico e político do Estado.

No governo de J.K, em 1956, surge o Plano de Assistência Médica aos Municípios elaborada pelo diretor do Departamento Nacional de Saúde, que tinha como nos projetos anteriores a intenção de garantir a assistência médica a todos os municípios brasileiros. A desconsideração da dinâmica do território brasileiro fazia desses planos “meras cartas de intenções”, que pouco ressoaram nas mudanças reclamadas pela sociedade. Para enfrentar os problemas relacionados com a assistência médica era preciso, de um lado, investir em ações preventivas o que significa conhecer mais profundamente as diferenças socioespaciais do território nacional. Os fatores econômicos, culturais e o próprio perfil demográfico e epidemiológico da população eram elementos importantes

para traçar uma política de saúde que abarcasse a enorme diversidade dos municípios brasileiros e, de outro lado, a vontade e a coragem política de romper com os poderosos interesses privados que começavam a se imbricar, como das indústrias farmacêuticas, de equipamentos médicos-hospitalares, dos hospitais, das empresas médicas, que influenciavam na organização dos serviços médicos e na própria formação dos profissionais da área da saúde. Como afirma Emerson Elias Merhy (1997) as décadas de 1950 e 1960 foram palco de uma intensa disputa que, partindo da matriz médico-sanitária, trouxe para o centro do debate a dicotomia entre assistência médica e saúde pública. Essa dicotomia ficava evidente nos projetos que, grosso modo, se dividiram em duas grandes linhas: uma que defendia a necessidade de investir cada vez mais em serviços de saúde para melhorar o perfil de saúde do povo, e, outro que via a necessidade de investir em melhorias de condições de vida que determinariam uma melhoria do perfil de saúde dos vários grupos sociais. Mário Magalhães da Silveira, médico que pertenceu ao grupo dos sanitaristas da década de 1920, e que ganhou maior expressividade nas décadas de 1950 e 1960, denunciava que a primeira levava a crescente inversão dos gastos públicos que favoreciam a “mercantilização da assistência médica, ao passo que a segunda se dava com gastos pontuais e desordenados nas instituições de saúde pública do país” (citado em Emerson Elias Merhy:1997). A visão

parcial das duas propostas criticadas por Mário Magalhães guiou as ações em saúde no país. A ausência de um projeto mais amplo que englobasse as ações no âmbito da saúde pública, dando prioridade à prevenção acabou por fortalecer as ações curativas, que incorporavam, como veremos, mais rapidamente as novas tecnologias médicas. A segmentação do mercado e, por conseguinte, do território são centrais para a análise da organização dos serviços de saúde.

Capítulo 4

Seletividades espaciais e a tecnificação da medicina

4.1 Incorporação tecnológica na medicina e transformações na área médica

Vivemos um período no qual os avanços científicos acumulados são excepcionalmente ricos em desenvolvimentos e em aplicações, como já explicava Gilles-Gaston Granger (1994). A vocação para incorporação tecnológica, no caso da prática médica, se mostrou extremamente fecunda, substituindo numa velocidade crescente “o olhar científico do médico” pelo “saber científico-tecnológico”¹³, no qual cresce, de um lado, a dependência na aparelhagem instrumental e, de outro lado, intensifica-se o uso de recursos de terceiros e de novos instrumentos terapêuticos.

Pouco a pouco, as inovações tecnológicas invadiram os consultórios, clínicas, hospitais mudando o cotidiano e a lógica das práticas médicas. Por um lado, as descobertas dos primeiros quimioterápicos, como a sulfa, e o primeiro antibiótico, a penicilina no

¹³ Lília Blima Schaiber, 1993.

pós-guerra (1945), exerceram um papel importante nas transformações das práticas médicas, diminuindo os riscos de processos infecciosos. Por outro lado, desde, então, essa prática médica tem se imbuído cada vez mais por um conteúdo marcadamente científico e tecnológico.

No período técnico-científico (Milton Santos:1994b), há uma confluência entre novas condições técnicas e novas condições políticas que não apenas mudam o meio geográfico como também invadem todos os interstícios do conhecimento. No caso dos serviços de saúde instala-se um novo sistema dependente da ciência e da tecnologia, que alimentará, por sua vez, as transformações da prática médica que se torna cada vez mais dependente dos serviços de terceiros (laboratórios clínicos, serviços radiológicos) e também com o aumento do uso de novos instrumentos terapêuticos, sejam eles equipamentos, fármacos industrializados ou mesmo o hospital. Este último deslocará o consultório e o domicílio definitivamente, como forma mais apropriada de espaço terapêutico. A ampliação do pronto-socorro, por exemplo, praticamente eliminou as visitas noturnas dos médicos em casos de urgência, já que contam, no geral, em suas dependências, com um conjunto de novos equipamentos médicos para o diagnóstico. Desse modo, o hospital e o pronto-socorro passam a ser uma referência para o conjunto da população, que vêm nesses objetos técnicos prenes de novas tecnologias as promessas de um

atendimento mais eficaz. Esse novo sistema de objetos técnicos voltados para as ações de saúde conformaria uma tecnoesfera. Paralelamente e, muitas vezes, antecedendo a incorporação de novos acréscimos técnicos e científicos ao meio geográfico e, com as mesmas bases, cria-se uma psicoesfera. (Milton Santos: 1996b:204), que “é o resultado das crenças, desejos, vontades e hábitos que inspiram comportamentos filosóficos e práticos, as relações interpessoais e a comunhão com o Universo”. A psicoesfera produzida nos serviços de saúde se dará com esse deslocamento do “olhar científico” que primeiro indaga, para ver através dos sintomas, da queixa, da fala, da superfície do corpo pelo saber científico-tecnológico. Aparelhos como estetoscópio, ultravioleta, infravermelho, esterilizador, de pressão simples eram já incorporados na prática médica, todavia, o que preponderava no desempenho profissional era o ato de discernimento e intervenção simultaneamente apoiado no conhecimento, na intuição e na criatividade do médico. “A proporção que os novos recursos tecnológicos foram aparecendo, como também à proporção que correlatamente se foram estabelecendo as especialidades médicas, ambos foram incorporados à prática profissional e passaram a ser entendidos como sinônimo de atualização e, conseqüentemente, como atributo relevante do desempenho médico. Ocorre uma polarização positiva por referência a essas características em função do próprio

conceito de “inovação”. Inovar é entendido como sinônimo de estar atualizado relativamente ao desenvolvimento científico-tecnológico, absorvendo os avanços diagnósticos e terapêuticos” (Lilia Blima Schariber: 1993). Esse é um dado fundamental para compreendermos as mudanças ocorridas nas práticas médicas e como esse novo olhar rebateu na organização dos serviços de saúde, já que o médico é quem decide, ou pelo menos influência, de modo geral, os serviços que serão utilizados pelos pacientes.

É importante lembrar que essa incorporação técnica irá consolidar a entrada de empresas multinacionais ligadas aos serviços médico-hospitalares. A verticalidades, isto é, um conjunto de pontos formando um espaço de fluxos (Milton Santos:2001d), se consolida no território brasileiro, graças à entrada dos grandes conglomerados. Veremos o papel que esses subsistemas exercem na organização dos serviços de saúde e a rede imbricada que estabelecem com os diferentes agentes hegemônicos da economia.

4.2 As transformações no ensino da medicina e seu rebatimento nos serviços de saúde

Como nota Ruy Ferreira-Santos (1995:33) a formação do médico também passa por mudanças significativas que irão redundar na prática médica:

“A formação do médico, na estrutura adotada no Brasil, fazia-se durante seis anos em duas etapas sucessivas – a pré-clínica e a clínica propriamente dita. A primeira nos laboratórios de ciências básicas das faculdades e escolas de medicina, mediante demonstrações feitas por monitores e atividades práticas dos próprios estudantes. Assim eram ensinadas as anatomias normais e patológicas sobre órgãos e membros cadavéricos, por meio de dissecções regradas e necrópsias; assim também, muitas vezes sobre modelos experimentais, a bioquímica, a fisiologia e a fisiopatologia; a farmacodinâmica e a matéria médica terapêutica; as noxas (dano, mal físico, psíquico ou moral) e os agentes agressivos exógenos e endógenos, bem como os correspondentes processos gerais de reação e defesa (matérias de parasitologia, microbiologia e imunologia); e, ainda iniciantes naquela época, a

biologia e a genética. Com algumas variações, esta fase ocupava três a três anos e meio no currículo escolar”.

A Segunda etapa, a do aprendizado clínico, isto é, junto a cada enfermo, com as peculiaridades de cada instituição, iniciava-se quer em sucessão à primeira, quer imbricando-se com ela a partir do segundo ano do curso. O estudante, ora por orientação de seus mestres ou de colegas adiantados, ora por iniciativa pessoal, freqüentava com regularidade e relativa liberdade de escolha, ambulatórios, dispensários ou enfermarias dos hospitais, não necessariamente os “serviços” de seus “professores oficiais”, de quem recebia as preleções teóricas e magistrais. Deles ou de outros recebia ainda metódico treinamento geral em semiologia, isto é, na identificação de sintomas e sinais com máximo uso dos próprios órgãos dos sentidos. Característica essencial do aprendizado prático nesse tempo era essa agregação de cada estudante a um médico ou cirurgião experiente e de renome, que ele acompanhava, auxiliava e procurava imitar. Era o ensino na base do preceptorado. Era quando o “docente livre” não significa apenas um título no “currículum vitae”, mas uma participação ativa e concorrente na formação dos jovens médicos. Tinham estes boas e numerosas as oportunidades e, nos últimos dois anos do curso de

graduação, mediante submeterem-se a concursos rigorosos, conseguiam conquistar posições de internos nos receptivos serviços hospitalares, oficiais ou não. À distância e com defasagem, o esquema formador descrito calcava-se no modelo francês, de grande influência na medicina brasileira antes da segunda guerra mundial”.

Como observa Ruy Ferreira-Santos (1995:34), no pós-Segunda guerra a influência da medicina francesa é paulatinamente abandonada em favor da medicina americana. Desse modo, assistimos a substituição da semiologia geral pela setorial especializada, com o emprego diagnóstico imediato de instrumentos requintados e sensíveis em vez dos próprios sentidos. O acelerado progresso tecnológico acabou por influenciar a proliferação de um grande número de especialidades e, por conseguinte, a formação precoce de especialistas e, como critica esse autor, sem visão global “nem do organismo inteiro, nem e muito menos da unidade sômato-psíquica”. A proliferação dos cursos de medicina é outro problema apontado pelo autor, já que muitos cursos surgiram sem infra-estrutura hospitalar e ambulatorial. A redução das oportunidades dadas aos estudantes de graduação de praticarem junto aos enfermos, resultante de serem muitos para cada leito levou, já em 1944, a criação da

Residência Médica, inicialmente em São Paulo e depois no Rio de Janeiro¹⁴.

Na área do ensino, como observa Madel Therezinha Luz (1979:176), por volta da década de 1960, com a expansão da prática hospitalar universitária e com a influência dos laboratórios na atenção hospitalar, surge na academia um tipo de professor pesquisador voltado especificamente para a área médica clínica, ocupando-se das especialidades mais em voga: cardiologia, gastroenterologia, doenças das vias respiratórias. A novidade é que esse professor que desenvolve e publica pequenas investigações é financiado pelos grandes laboratórios (normalmente estudos comprobatórios da eficácia de certas drogas) “é este professor que inova na prática o ensino, e dá-lhe a feição da realidade do novo saber médico: especializante e entrosado com a indústria de medicamentos”.

A chegada de grandes indústrias multinacionais na área farmacêutica e à implantação de empresas estrangeiras de equipamentos médicos é outro fator que colaborou nas mudanças acima apontadas.

No decorrer da década de 1950 se instalam as primeiras fábricas no país de produtos tecnologicamente menos complexos como seringas e

¹⁴ A residência Médica se proliferou no país, mas muitas perderam o seu caráter de ensino, pois não assumiram responsabilidades de treinamento e supervisão de seus residentes, utilizando os recém formados como mão-de-obra barata.

agulhas. Na década de 1960, é a vez dos fabricantes de instrumentos cirúrgicos e nos anos 70 e 80, os aparelhos eletroeletrônicos e de material de consumo associado, e a indústria de aparelhos e filmes de raios-X, de instrumentos de laboratório, de eletromédicos e monitoração, de dialisadores e oxigenadores, válvulas cardíacas e marcapassos. Os equipamentos mais complexos e mais caros, como aparelhos de maior porte, os aparelhos de diagnóstico por imagem (ultra-som, tomografia computadorizada) e certos aparelhos de laboratórios continuam a ser importados. As pequenas e médias empresas nacionais também passaram a desenvolver aparelhos de complexidade mediana. Atualmente, em seu conjunto, as empresas nacionais representam 80% do número total de empresas do setor (André Tosi Furtado e José Henrique Souza:2001:66). A valorização da medicina tecnológica está ligada à inserção do país ao processo de globalização da economia.

Paulatinamente, novas formas de organização dos serviços de saúde se impõem. O uso de exames complementares é outra novidade na organização dos serviços médicos, propiciando a articulação de laboratórios clínicos, serviços radiológicos, quimioterápicos, entre outros. É esse conjunto de novos serviços que se instalam seletivamente no território, justamente nas áreas mais dinâmicas que assegurará o comando dos modernos sistemas de produção na área da saúde e, de

outro lado, a aceitação desse novo ideário pelos profissionais da saúde, difundida nos centros universitários garantirá a parcela necessária do trabalho intelectual, exigida para viabilizar as atuais formas de sua organização. A verticalidade que se impõe na área da saúde revela a prevalência que os interesses privados e corporativos tem em relação as reais necessidades do conjunto da sociedade.

A sedução pelas novas tecnologias marca uma inflexão no campo da medicina que invadirá o cotidiano dos profissionais da área e, principalmente, influenciará as opções políticas desenhadas nos seios das instituições governamentais. Cada vez mais se associará à melhoria do perfil de saúde da população aos investimentos relacionados às inovações tecnológicas, mesmo que essas atingiam uma parcela minoritária da população do país. Interesses econômicos, financeiros se coadunam no sentido de impedir que um projeto para a saúde mais amplo que envolva as reais necessidades do conjunto da população se concretize, permanecendo, as ações pontuais de caráter eminentemente emergenciais. Por outro lado, dentro da ótica do paciente a qualidade da assistência médica prestada estará, no geral, subordinada a realização de exames e a prescrição de medicamentos. A criação do INPS fortalecerá essa prática médica de cunho predominantemente tecnológico, calcada no hospital, e, escandalosamente entrelaçada com a expansão da indústria

de equipamentos médicos-hospitalares, da indústria farmacêutica e das empresas de medicina privada e com o setor financeiro.

Uma peculiaridade do campo da medicina é que as constantes inovações tecnológicas não levam ao abandono das tecnologias mais antigas, como por exemplo, os raios-X que convive com aparelhos mais modernos como os de tomografia computadorizada. Muitos equipamentos mais antigos são complementares as novas tecnologias da área médica. No entanto, a distribuição geográfica dessas tecnologias mais modernas e das anacrônicas no território é reveladora da segmentação do mercado e, por conseguinte, do próprio território.

4.3. Impasses na saúde pública e privada

O ministro da saúde do governo João Goulart, Wilson Fadul (1963) capitaneou a crescente dicotomia entre assistência médica, que incorpora gastos crescentes com as inovações tecnológicas e saúde pública que Mário Magalhães da Silveira (Emerson Elias Merhy:1997) criticava, expondo essas preocupações, em 1963, na 3ª Conferência Nacional de Saúde. A surpreendente velocidade das transformações ocorridas em todos os setores da vida nacional não foi acompanhada pela melhoria das condições de vida da população, que em sua grande maioria vivia excluída

das modernizações que ocorriam no território brasileiro. Em relação à saúde os avanços que se verificaram nos conhecimentos técnico-científicos eram dirigidos para uma fração da sociedade não se ajustando às crescentes necessidades da população no âmbito da Saúde Pública e, de outro lado, a crença que a melhoria dos padrões de bem estar e progresso social se dariam exclusivamente com medidas de natureza médico-assistencial, divorciada, portanto, da realidade social brasileira, resultaram em frustrações da política sanitária adotada no país. Wilson Fadul (1963) criticava os modelos importados de outros países que eram desajustados do “nosso ambiente sócio-econômico”, provocando distorções nas políticas sanitárias brasileiras. Reclamava uma maior lucidez das autoridades sanitárias federais, estaduais e municipais para enfrentar os gravíssimos problemas médico-sanitários do país, que afetavam “vastas camadas da população brasileira, em consequência do pauperismo em que vivem mergulhados, de par com a escassez dos recursos das comunidades para enfrentá-los”.

A distribuição muito irregular dos recursos disponíveis, no território brasileiro, seja de equipamentos de saúde, seja de profissionais impediam ações mais amplas e conseqüentes na área da saúde pública. Um breve retrato da assistência médico-hospitalar oferece a dimensão da organização desses serviços no território nas décadas de 1950 e 1960,

marcadas pelas discussões relativas a municipalização, a mercantilização e da atuação da saúde pública.

A distribuição e a localização dos diferentes sistemas de objetos e de ações não é alheia às condições dos lugares, incluindo aqueles voltados para as ações de saúde. As críticas realizadas por Wilson Fadul (1963), estariam vinculadas a esse debate centrado na assistência médica-hospitalar, que além de estar voltado para uma visão curativa, era extremamente concentrada nos centros mais dinâmicos do país. Portanto, reclamava-se a necessidade de se ampliar e se fortalecer a saúde pública, voltada para ações de cunho preventivo e de maior alcance nacional. Para isso se fazia necessário fortalecer as ações municipais em saúde. As discussões em relação à municipalização da saúde, iniciada na década de 1950, pautadas como já vimos pelas concepções do chamado “sanitarismo desenvolvimentista” cujas teses foram aprovadas na III Conferência Nacional de Saúde, em 1963, e do qual Wilson Fadul assim se refere: “A idéia era criar uma rede flexível, que em nível municipal se adequasse à realidade do município e que fosse se tornando mais complexa à medida que o próprio município se desenvolvesse”. É interessante notar que Wilson Fadul (1963) tinha essa percepção de que a complexização dos serviços de saúde não estava divorciada das condições oferecidas pelos lugares.

Como já vimos, a população brasileira, em 1950 era de 51.944.397 habitantes. Para atender a essa população o país possuía conforme o levantamento estatístico realizado pelo IBGE, em 1951, um total de 5.172 estabelecimentos de saúde dos quais 2.617 eram públicos (50,59%) e 2.555 (49,40%) privados. A organização hospitalar e para-hospitalar englobava os estabelecimentos públicos e privados, civis e militares, tais como hospitais, sanatórios, casa de saúde, dispensários, maternidades e ambulatórios. Como “Serviços Oficiais de Saúde Pública” foram denominados os “Centros de Saúde”, “Posto de Higiene”, “Posto de Saúde” e “Posto de Profilaxia”, entre outros¹⁵.

A relação entre o total da população e dos estabelecimentos de saúde em cada região brasileira era bastante desigual. Nas capitais viviam 8.249.830 habitantes que representavam em números relativos 15,88% da população do país. Já dos 5.172 estabelecimentos existentes, 1.370 estavam nas capitais, entre os quais, 44% eram públicos e 55,98% privados. O predomínio de estabelecimentos privados estava provavelmente ligado ao fato de que a assistência médica era, majoritariamente, oferecida pelos institutos de previdência e pelas empresas e, outrossim, graças à presença de uma classe média mais

15 Não foram considerados como estabelecimentos de organização hospitalar e para-hospitalar os consultórios médicos particulares ou pequenas clínicas privadas.

ampla nas capitais brasileiras.

Tabela – 6
Brasil/Grandes Regiões. - Número de Estabelecimentos médicos-hospitalares, segundo a entidade mantenedora - 1951

UNIDADES DA FEDERAÇÃO E CAPITAIS	Número de Estabelecimentos			
	Total da População 1950	Total	Segundo a entidade Mantenedora	
			Públicos	Privados
Região Norte	1.844.655	233	184	49
Região Nordeste	17.973.413	1.173	699	474
Região Sudeste	22.548.494	2.762	1.373	1.389
Região Sul	7.840.870	890	315	575
Região Centro-Oeste	1.736.965	114	46	68
BRASIL	51.944.397	5 172	2 617	2 555
(1).....				
Capitais	8.249.830	1 370	603	767
(1).....				

Fonte — Serviço de Estatística da Educação e Saúde. Tabela extraída de: Anuário estatístico do Brasil 1953. Rio de Janeiro: IBGE, v. 14, 1953.

Nota — Vêde observações em a "Nota Prévia".

(1) Inclusive os dados referentes ao Distrito Federal.

Quanto à entidade mantenedora, dos 2.617 estabelecimentos públicos, 33,64% pertenciam aos estados, 13,57% a União e apenas 3,38% aos municípios.

Tabela – 7
Assistência Médico-Sanitária –1951
Número de Estabelecimentos, Segundo Entidade Mantenedora e Natureza

Número de Estabelecimentos	Total	%
TOTAL	5 172	100
Segundo a entidade mantenedora		
União.....	702	13,57
Estado.....	1 740	33,64
Município.....	175	3,38
Particular.....	2 555	49,40

Fonte — Serviço de Estatística da Educação e Saúde. Tabela extraída de: Anuário estatístico do Brasil 1953. Rio de Janeiro: IBGE, v. 14, 1953.

Para essa população de 51.944.397 habitantes, havia, em 1951, 171.237 leitos. Os estabelecimentos privados concentravam 55,28% dos leitos existentes no país, enquanto que os públicos detinham 44,71% desse total, sendo que entre esses 37,57% eram estaduais, 5,87% federais e 1,27% municipais. O sistema hospitalar (hospital e hospital colônia), por sua vez, concentrava 93,46% dos leitos disponíveis no país, as clínicas 4,73% e os serviços oficiais de saúde (que englobava os centros de saúde, postos de saúde, postos de profilaxia e postos de higiene) possuíam somente 0,27% dos leitos.

Tabela - 8

Assistência Médico-Sanitária

I Organização Hospitalar e Para- Hospitalar — 1951

1. Número de Leitos, Segundo Entidade Mantenedora e Natureza do Estabelecimento

Leitos	Nº Absolutos	%
Total.....	171 237	100
Segundo a entidade mantenedora		
União.....	10 054	5,87
Estado.....	64 337	37,57
Município.....	2 179	1,27
Particular.....	94 667	55,28
Segundo a natureza dos estabelecimentos		
Hospitais.....	131 050	76,53
Hospitais-colônias..	28 996	16,93
Clínicas.....	8 112	4,73
Ambulatórios.....	—	—
Dispensários.....	—	—
Serviços oficiais de saúde pública* ...	463	0,27
Outros.....	2 616	1,52

Fonte — Serviço de Estatística da Educação e Saúde. Tabela extraída de: Anuário estatístico do Brasil 1953. Rio de Janeiro: IBGE, v. 14, 1953.

* abarcava os centros de saúde, postos de saúde, postos de profilaxia e postos de higiene.

Entre 1951 e 1960, os estabelecimentos de saúde cresceram 59%, passando de 5.172 para 8.223. Os serviços públicos de saúde representavam 54,56% (4.520), e os privados 45% (3.700), do total nacional. Considerando-se as taxas de crescimento foi possível constatar que os estabelecimentos públicos cresceram 72,71% contra 44,81% dos privados.

Em relação à população, na década de 1960, o percentual de pessoas morando nas capitais era de 18,64% sobre o total do país¹⁶. Quando verificamos os ritmos de crescimento da população e dos estabelecimentos de saúde percebemos que no período de 1950 a 1960, a população residindo nas capitais cresceu 60,43%, ao passo que o ritmo foi mais lento para os estabelecimentos de saúde, ou seja, de apenas 24,89%. Os serviços públicos de saúde cresceram 23,88% e os privados 25,68% entre 1951 e 1960 nessas capitais.

¹⁶ A população brasileira em 1960 era de 70.992.343 habitantes. Desse total, 13.235.857 pessoas viviam nas capitais brasileiras, ou seja, 18,64% da população do país.

Tabela - 9

Assistência Médico-Sanitária - 1960

Organização hospitalar, para-hospitalar e serviços oficiais de saúde pública*

1. Estabelecimentos, segundo a Entidade Mantenedora, por Grandes Regiões e Municípios das Capitais

Unidades DA FEDERAÇÃO E CAPITAIS	Total da População	Total	Número de Estabelecimentos					Serviços Oficiais de Saúde Pública
			Organização Hospitalar e Para-Hospitalar Segundo a entidade mantenedora Público			Organização Hospitalar e Para-Hospitalar		
			Federal	Estadual	Municipal	Para-estatal	Particular	
Região Norte	2.601.519	373	23	11	2	14	75	248
Região Nordeste	22.428.873	1860	79	126	35	107	724	789
Região Sudeste	31.062.978	4311	138	151	63	197	1918	1844
Região Sul	11.892.107	1397	45	45	23	53	842	389
Região Centro-Oeste	3.006.866	282	15	12	04	17	144	90
BRASIL.....	70.992.343	8223	300	345	127	388	3700	3360
....								
Capitais (1)..	13.235.857	1711	100	206	40	51	964	350

Fonte – Estatísticas Históricas do Século XX. IBGE. 2003.

A organização hospitalar e para-hospitalar engloba os estabelecimentos públicos e privados, civis e militares, tais como hospitais, sanatórios, casa de saúde, dispensários e maternidades. Não foram considerados como estabelecimentos de organização hospitalar e para-hospitalar os consultórios médicos particulares ou pequenas clínicas privadas. Como Serviços Oficiais de Saúde Pública foram denominados o "Centro de Saúde", "Posto de Higiene", "Posto de Saúde" e "Posto de Profilaxia", entre outros.

Em 1960, do total de 8.223 estabelecimentos, 2.547 eram hospitalares (30,94%) dos quais 371 eram públicos (14,56%) e 2.176 eram privados (85,43%). Ainda que a rede hospitalar privada ocupasse 30,94% dos estabelecimentos de saúde, essa rede era praticamente toda subvencionada pelo poder público, conforme afirmação do ministro da saúde Wilson Fadul (1963), o que gerava grandes distorções no sistema de saúde público.

Tabela – 10

I - Organização Hospitalar – 1960 –

2. Número de Estabelecimentos, segundo a Entidade Mantenedora e a finalidade, por Unidades da Federação e Municípios das Capitais

Unidades da Federação e Capitais	Número de Estabelecimentos												
	Total	Segundo a entidade mantenedora		Segundo a finalidade									
		Oficial	Particular	Geral	Especializada								
					Câncer	Cirurgia	Mentais e nervosas	Lepra	Maternidade	Pediatria	Tuberculose	Outras	
Região Norte	64	28	36	43	3	0	2	3	7	2	3	1	
Região Nordeste	422	111	311	240	4	3	22	9	94	20	16	14	
Região Sudeste	1245	168	1077	922	7	11	85	12	67	21	82	38	
Região Sul	699	49	650	639	0	4	16	5	16	5	7	7	
Região Centro-Oeste	117	15	102	102	1	0	2	2	4	0	2	4	
Brasil	2547	371	2176	1946	15	18	127	31	188	48	110	64	
Capitais (1)..	573	193	380	287	11	12	78	11	49	25	55	45	

Fonte - Serviço de Estatística da Saúde. Tabela extraída de: Anuário estatístico do Brasil 1962. Rio de Janeiro: IBGE, v. 23, 1962.

(1) Inclusive o Estado da Guanabara e o Distrito Federal, Brasília.

Predominavam os hospitais gerais, que somavam 1.946 estabelecimentos, os demais hospitais se subdividiam nas seguintes especialidades: câncer, cirurgia, doenças mentais e nervosas, lepra, maternidade, pediatria, tuberculose. Entre os hospitais especializados as maternidades, os hospitais de doença mentais e nervosas e de tuberculose figuravam entre os que tinham uma maior quantidade de estabelecimentos, reunindo um total de 425. Por sua vez, os hospitais para tratamento de câncer e cirurgia eram mais raros. Entre as regiões brasileiras não havia hospitais para tratamento de câncer somente na

região sul. Já as regiões norte e centro-oeste não possuíam os hospitais especializados em cirurgias.

Tabela - 11
Organização Hospitalar – 1960
Aparelhamento Existente nos hospitais – por Grandes Regiões e Unidades da Federação

Unidades da Federação e Capitais	Aparelhamento					
	Raios X	Abreugrafia	Radio-terapia	Eletrocardiografia	Eletroencefalografia	Metabolismo basal
Região Norte	31	5	2	4	0	3
Região Nordeste	175	39	32	61	4	20
Região Sudeste	706	67	104	154	18	119
Região Sul	417	30	53	78	13	60
Região Centro-Oeste	65	5	3	3	1	6
Brasil	1 499	243	269	314	48	284
Capitais (1)	355	157	147	136	34	147

FONTE — Serviço de Estatística da Saúde. Tabela extraída de: Anuário estatístico do Brasil 1962. Rio de Janeiro: IBGE, v. 23, 1962.

(1) inclusive o Estado da Guanabara e o Distrito Federal, Brasília.

Quanto à incorporação tecnológica nos hospitais foi possível averiguar que a região sudeste e a região sul detinham o maior número de aparelhos médicos contabilizados (raios-X, abreugrafia, radioterapia, eletrocardiografia, eletroencefalografia e metabolismo basal). No entanto, quando analisamos a distribuição geográfica em relação as capitais pudemos constatar que os Raios-X estavam em apenas 23,68% das capitais brasileiras. Os aparelhos de eletrocardiografia em 48,31% das capitais. Os demais aparelhos as capitais concentravam mais de 50% dos

aparelhos: abreugrafia (64,60%), radioterapia (54,14%), eletroencefalografia (70,81%), metabolismo basal (51,76%).

Tabela - 12

I - Organização Hospitalar – 1960

2. Pessoal em Atividade – Grandes Regiões e Municípios das Capitais

Unidades da Federação e Capitais	Total de médicos
Região Norte	586
Capitais	552
Região Nordeste	4.948
Capitais	3674
Região Sudeste	22.233
Capitais	13.974
Região Sul	4.368
Capitais	1.905
Região Centro-Oeste	660
Capitais	354
Brasil...	32.795
Capitais (1)...	20.459

Fonte— Serviço de Estatística da Saúde. Tabela extraída de: Anuário estatístico do Brasil 1962. Rio de Janeiro: IBGE, v. 23, 1962.

(1) inclusive o Estado da Guanabara e o Distrito Federal, Brasília.

Em relação à distribuição de médicos no território brasileiro, do total nacional de 32.795 médicos, 62,38 % atendiam nos municípios das capitais. Nas regiões norte esse percentual foi de 94,19%, no nordeste de 74,25%, no sudeste de 62,85% acima da média nacional. No centro-oeste 53,63% dos médicos que trabalhavam nos hospitais estavam nas capitais e na região sul esse percentual era de 43,6%, ficando abaixo da média nacional. Essa concentração dos médicos nas capitais mostrava a fragilidade da saúde pública do país. Como uma profissão eminentemente

liberal, o estabelecimento dos médicos estava vinculado às possibilidades do mercado de consumo, isto é, daqueles que poderiam pagar pelo uso dos seus serviços. No Brasil até meados da década de 1940, predominou a prática liberal desses profissionais que atendiam em consultórios com um mínimo de incorporação tecnológica. A localização dos consultórios era condicionada não apenas pelas características demográficas da população (jovens, idosos e crianças), que requerem cuidados específicos, como também pela renda da população, pela facilidade de acesso ao consultório, além da proximidade com os hospitais que facilitavam o surgimento de novas clínicas médicas. A rápida evolução do modelo liberal para a medicina tecnológica e empresarial, torna o hospital um centro importante que agrega, no geral, em suas dependências as novas tecnologias médicas, que serão cada vez mais requisitadas também nos consultórios que passam a incorporá-las, encarecendo os serviços médicos e, restringindo, desse modo, ainda mais o acesso daqueles que não podiam pagar por essa incorporação.

De modo geral, acompanhando a distribuição dos serviços de saúde no território brasileiro, entre 1951 e 1960, percebemos que houve uma ligeira diminuição do número de médico nas capitais brasileiras. Em 1951 o Brasil contava com 20.905 médicos, dos quais 13.763 (65,83%) estavam nas capitais dos Estados. Em 1960, dos 32.795 médicos existentes no país,

20.459 (62,38%) concentravam-se nas capitais. Nesse intervalo, assistimos à expansão do número de médicos no país que foi de 56,87%. Nas capitais essa expansão foi de 48,65%. Possivelmente, as políticas voltadas à interiorização dos serviços médico-hospitalares repercutiram no crescimento do número de médicos nos municípios do interior, ocorrendo um aumento de 72,72%, entre 1951 e 1960. Mesmo com projetos de interiorização dos serviços de saúde a presença dos médicos em áreas menos atrativas, naqueles municípios mais pobres do país era reduzida.

Capítulo 5

Uso corporativo do território e os caminhos para a mercantilização da saúde

5.1. As políticas corporativas na saúde desenham a segmentação dos serviços no território

O breve retrato da organização dos serviços de saúde entre 1951 e 1960, nos dá a dimensão das carências enfrentadas pela grande maioria da população do país para conseguir usufruir a assistência médico-hospitalar. Essa situação que já era grave nessas décadas acentuou-se ainda mais com o golpe militar de 1964, que instaura no país um regime autoritário. As preocupações do ministro da saúde de João Goulart, Wilson Fadul, em 1963, na 3^a Conferência Nacional de Saúde de dar maior ênfase às ações preventivas foram não apenas desconsideradas, como se optou politicamente pelo fortalecimento das ações curativas, entregues, em sua grande maioria, aos serviços privados de saúde.

Como podemos observar na tabela abaixo, o Brasil, em 1970, possuía um total de 10.237 estabelecimentos de saúde para atender a uma população de 94.508.554 habitantes. Além do número reduzido de estabelecimentos, sua distribuição era bastante desigual, principalmente,

quando consideramos que a região Sudeste reunia 49% desses estabelecimentos. Houve entre 1960 e 1970 um crescimento de 24,49% dos estabelecimentos, passando de 8.223 para 10.237.

Tabela - 13

1. Estabelecimentos, segundo a Entidade Mantenedora, por Grandes Regiões e Municípios das Capitais - 1970

	Total da População	Total	Total públicos e privados	Organização Hospitalar e Para-Hospitalar					Serviços Oficiais de Saúde Pública
				Federal	Estadual	Municipal	Parae-estatal	Particular	
Região Norte	3.650.750	420	205	56	33	12	2	102	215
Região Nordeste	28.675.081	2347	1278	165	178	71	36	828	1069
Região Sudeste	40.331.969	5025	2935	268	159	131	30	2347	2090
Região Sul	16.683.551	1992	1361	67	44	97	16	1137	631
Região Centro-Oeste	5.167.203	453	301	39	18	15	2	227	152
Brasil.....	94.508.554	10237	6080	595	432	326	86	4641	4157
....									
Capitais (1)..	20.691.666	1915	1475	216	170	88	32	969	440

Fonte: Serviço de Estatística da Saúde. Tabela extraída de: Anuário estatístico do Brasil. Rio de Janeiro: IBGE: 1971.

Por outro lado, o processo de urbanização das décadas anteriores incrementou o crescimento das populações residindo nas capitais dos Estados. Entre 1960 e 1970, a população nas capitais cresceu 56,33% contra 11,92% dos estabelecimentos. Esse quadro nos oferece uma dimensão dos problemas enfrentados pela população para poder usufruir os serviços de saúde nas capitais do país, todavia, não revela facetas mais problemáticas enfrentadas no cotidiano, como a desigual distribuição dos

serviços de saúde nos municípios, obstáculos como distância, tempo de deslocamento, gastos e a própria condição econômica da população, entre outros.

Tal quadro é agravado quando analisamos a natureza dos estabelecimentos de saúde. Constatamos que 5.596 eram públicos (54,66%) e 4.641 privados (45,33%), tornando a disputa pelo uso dos estabelecimentos públicos mais acirrada pela parcela da população que não podia pagar por esses serviços. Do total de 10.237 estabelecimentos 3.814 eram hospitais o que representava em números relativos um percentual de 37,25%. A participação dos hospitais cresce entre 1960 e 1970, passando de 30% para 37,25%. Desses 3.814 hospitais, 568 (14,89%) eram públicos e 3.246 (85,10%) particulares. Os hospitais, por um lado, continuavam a ter uma participação considerável na organização dos serviços de saúde e, por outro lado, persistia no sistema de saúde a visão curativa que tinha nesse objeto técnico o seu maior símbolo. É importante lembrar, que os hospitais privados que tinham uma forte articulação com o sistema previdenciário continuavam a serem remunerados com recursos públicos como já havia denunciado Wilson Fadul, em 1963.

Tabela - 14**I – Organização Hospitalar Pública – 1970 –
Grandes Regiões e Capitais****1. Estabelecimentos, Segundo a Entidade Mantenedora, por Grandes
Regiões e Municípios das Capitais**

	Total da População	Total	Organização Hospitalar Pública - 1970			
			Federal	Estadual	Municipal	Para- estatal
Região Norte	3.650.750	45	20	21	3	1
Capitais	1.255.229	26	11	14	1	0
Região Nordeste	28.675.081	231	40	153	33	5
Capitais	4.709.335	84	23	50	10	1
Região Sudeste	40.331.969	196	53	104	31	8
Capitais	12.016.925	40	7	23	7	3
Região Sul	16.683.551	71	4	22	38	7
Capitais	1.670.951	17	2	13	01	1
Região Centro-Oeste	5.167.203	25	10	12	3	0
Capitais	1.032.226	10	2	8	0	0
Brasil.....	94.508.554	568	127	312	108	21
....						
Capitais (1)..	20.691.666	177	45	108	19	5

Fonte: Anuário estatístico do Brasil. Rio de Janeiro: IBGE:1971.

Dos 568 hospitais públicos, 127 eram federais, 312 estaduais, 108 municipais e 21 paraestatais. Quando analisamos a distribuição nos municípios das capitais de cada uma das regiões, verificamos que as capitais da região norte reuniam 57,77 % dos estabelecimentos públicos. Nas capitais do nordeste o percentual era de 36,36%, no Sudeste de 20,40%, no Sul de 23,94% e no Centro-Oeste de 40%. Houve entre 1960 e 1970 um pequeno decréscimo na participação relativa dos hospitais

públicos nos municípios das capitais que passou de 33,68% em 1960 para 31,16% em 1970.

Tabela - 15
Assistência Médico-Sanitária - 1970
I - Organização Hospitalar Particular -
1. Estabelecimentos, Segundo a Entidade Mantenedora, por Grandes Regiões e Municípios das Capitais

	Total da População	Total	Organização Hospitalar Particular - 1970		
			Lucrativo	Não Lucrativo	Filantrópico
Região Norte	3.650.750	69	30	26	13
Capitais	1.255.229	38	22	8	8
Região Nordeste	28.675.081	519	243	146	130
Capitais	4.709.335	133	98	17	18
Região Sudeste	40.331.969	1541	759	287	495
Capitais	12.016.925	244	182	23	38
Região Sul	16.683.551	920	530	268	122
Capitais	1.670.951	65	40	12	13
Região Centro-Oeste	5.167.203	197	146	25	26
Capitais	1.032.226	49	44	0	5
BRASIL.....	94.508.554	3246	1710	752	786
.....					
Capitais (1)..	20.691.666	529	386	60	82

Fonte: Anuário estatístico do Brasil. Rio de Janeiro: IBGE:1971.

Os hospitais privados continuavam a serem majoritários, abarcando 85,10% do total do país. Os lucrativos representavam mais da metade dos hospitais privados, ou seja, 52,68%. Já os não lucrativos e os filantrópicos eram 23,16% e 24,21% respectivamente. As capitais concentravam 16,29% dos hospitais privados do país, contra 17,46% da década de 1960. Nas capitais dos municípios, os números relativos são de

22,57% para os lucrativos, 7,97% para os não lucrativos e 10,43% para os filantrópicos.

No pós-64, os serviços de saúde acompanharam a própria racionalidade do período, apresentando-se com um setor da economia, capaz de valorizar os capitais investidos e alcançar alta lucratividade. O que é peculiar no caso brasileiro é que essa lucratividade não era alcançada pela competição dos serviços oferecidos, mas pelo subsídio dado pelo Estado o que favoreceu amplamente a consolidação de um mercado privado, englobando hospitais, indústrias de equipamentos e farmacêuticas até empresas de planos de saúde. As ações que interessavam aos agentes privados eram as curativas, que demandavam essa gama de interdependência entre os diversos serviços de saúde.

Neste sentido, a organização dos serviços de saúde, as desigualdades na sua distribuição no território e o acento nas privatizações, especialmente na assistência médico-hospitalar não pode ser entendida sem considerarmos as profundas mudanças ocorridas no uso do território brasileiro.

5.2. Políticas Territoriais dos governos militares e os serviços privados de saúde

A partir de 1964 cresce a intervenção do Estado na condução das políticas territoriais. Apoiada numa construção ideológica na qual o Estado aparecia como entidade neutra e, portanto, capaz de harmonizar os diversos interesses da sociedade, a internacionalização do território se acentua, graças à expansão do meio técnico-científico que avança de maneira mais contínua na Região Sudeste e Sul do país

Os nexos dessas mudanças estão relacionados com as ações empreendidas pelo Governo Federal, na década de 1970, norteadas pelos Planos de Desenvolvimento Nacional (PNDs) e pelos planos regionais, elaborados durante o regime militar, e que tinham como principal escopo transformar o país em uma grande potência econômica, dando continuidade ao programa iniciado por Juscelino Kubitschek, no decorrer de 1950, bem como pelas políticas executadas pelos governos estaduais e municipais para atrair novos investimentos em seus territórios.

Na vigência do I PND, o Governo Federal institui as primeiras regiões metropolitanas do país. O rápido crescimento da população das metrópoles, expõe os graves problemas das grandes cidades, como

ocupação de áreas periféricas desprovidas de serviços urbanos essenciais, falta de moradias, de saneamento básico, transportes além do crescimento de favelas.

A urbanização corporativa fez surgir, inicialmente um número reduzido de grandes metrópoles que não apenas absorviam as populações migrantes como também foram os sustentáculos para o desenvolvimento de diversas atividades econômicas. Como lembra Berta Becker (1992), a rede urbana foi transformada na principal base logística da acelerada modernização. De um lado, assegura a intensificação da mobilidade do capital e da força de trabalho; de outro, sustenta a constituição de redes técnicas de circulação de mercadorias e informações e, por final, acentua o controle estatal sobre o território. A emergência de uma política governamental explícita de planejamento urbano em escala nacional no início da década de 1970 afirma o tratamento das cidades brasileiras como um sistema espacial cuja configuração é fundamental para a unificação do mercado nacional e cuja velocidade e circulação são determinantes na valorização das frações de capital.

Além das ações voltadas para o planejamento urbano, o I PND, como aponta Barjas Negri (1996:141) propunha programas de desenvolvimento regional, mediante incentivos fiscais, para as regiões consideradas prioritárias – Norte e Nordeste -, sob a coordenação da

Sudam, Suframa – Superintendência da Zona Franca de Manaus – e, Sudene, contando com apoio dos bancos oficiais – BNB, Basa, BNDE, Banco do Brasil e Caixa Econômica Federal.

Como observa Luiz Gonzaga de Mello Belluzo (1984:96), os investimentos do limiar da década de 1970, foram possíveis graças ao crescimento alcançado pela indústria de transformação a partir de 1967. As indústrias de construção civis, de material de transportes e mecânica deram suporte a expansão do emprego e dos salários urbanos, durante o I PND.

Este período de crescimento econômico ocorre, praticamente, com mudanças significativas na Previdência Social que afetaram a oferta dos serviços de saúde no Brasil.

As mudanças na previdência social e, conseqüentemente, na assistência médica aceleram a privatização dos serviços de saúde, marcando as políticas na área da saúde do governo federal na segunda metade da década de 1960¹⁷. O Instituto de Previdência Social (INPS) é criado, em 1966, a partir da unificação das CAP remanescentes e de cinco dos seis IAPs. O Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Servidores do Estado (Ipase) foi extinto apenas na década de 1980 e suas estruturas de

¹⁷ Em 1964, é celebrado o primeiro convênio com empresas médicas, realizado pelo IAPI. Por estes convênios, as empresas que contratavam assistência médica privada, podiam deduzir da cota devida ao INPS, 2% da folha de pagamento.

assistência médica foram incorporadas ao INPS. O INPS ficou responsável pela assistência médica dos trabalhadores formais, bem como dos trabalhadores autônomos ou empregadores que contribuíssem em dobro para o instituto (16% de sua renda básica, enquanto que os trabalhadores formais contribuía com 8% de seus salários, adicionados dos 8% da folha de salários das empresas).

Com a criação do INPS assistimos a estruturação da atual configuração dos serviços privados de saúde no Brasil. O crescimento da população previdenciária não foi acompanhado pelo aumento dos sistemas de objetos e de ações de atendimento próprias do Instituto, como os ambulatórios, hospitais, postos de atendimento. Para solucionar o déficit de serviços de assistência médico-hospitalar próprio o INPS priorizou o credenciamento de profissionais e a contratação de serviços de terceiros criando uma rede de assistência médica crescentemente dependente dos serviços particulares, não investindo, portanto, na construção de uma estrutura própria.

Uma das primeiras normas produzidas no regime militar que permitiu o fortalecimento da participação dos serviços privados na saúde ocorreu com o decreto-lei nº 200 de 1967, em seu artigo 158¹⁸. Essa

18 Em 1960, surgia em São Paulo, a primeira empresa de medicina de grupo, a Policlínica Geral. O fortalecimento da participação dos serviços privados no seio da previdência se deu graças à essa primeira verticalidade produzida no regime militar (Hésio Cordeiro:1984).

norma estabelecia que “a formulação e a coordenação da política nacional de saúde em âmbito nacional e regional, caberá ao Ministério da Saúde” e que “na prestação da assistência médica dar-se-á preferência à celebração de convênios com entidades públicas e privadas existentes na comunidade” (citado em Hésio Cordeiro:1984:56)¹⁹. A possibilidade de contratação de serviços médicos do setor privado é reafirmada numa norma de 1969 que ratifica a permissão do INPS de firmar convênios com empresas para prestação de serviços a seus empregados e respectivos dependentes. Como nos aponta Hésio Cordeiro (1984) “com a criação do INPS, o convênio-empresa foi incorporado como política de assistência médica, juntamente com o credenciamento de profissionais e a contratação de serviços de terceiros, os chamados contratos de adesão”.

A tentativa de privatização dos serviços de saúde se torna mais nítida em 1968 quando foi aprovado o Plano Nacional de Saúde que estabelecia que os hospitais e demais unidades médico-assistenciais das administrações públicas, diretas e indiretamente, deveriam ser entregues, para a exploração, a pessoas de direito privado (Carlos Gentile de Mello:1977:26). Tal orientação recebeu manifestações contrárias que foram reunidas num documento aprovado pela congregação da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, “demonstrando

19 A Previdência Social ao criar o Convênio Empresa transferiu às empresas a responsabilidade pela assistência à saúde de seus empregados e dependentes.

que a privatização da estrutura estatal de saúde exclui a possibilidade de sua utilização com finalidade de prevenção, resultando no agravamento da injustificável dicotomia entre medicina preventiva e curativa” (Carlos Gentile de Mello:1977:26)²⁰. Esse dado é fundamental para a discussão do SUS, já que acreditamos que um dos grandes obstáculos para a sua efetivação seja justamente o forte acento privatizante presente na assistência médica, no qual gravitam interesses diversos, interferindo diretamente no funcionamento dos serviços públicos de saúde.

De maneira geral podemos apontar três formas de prestação dos serviços médicos pela Previdência Social:

- Os serviços próprios que se subdividem em ambulatoriais que incluíam os postos de assistência médica e os consultórios, além dos hospitais próprios, onde trabalhavam os médicos vinculados a Previdência.

20 Carlos G. Mello (1977) enumera as formas sutis de privatização, entre elas, o pagamento por tratamento realizado, que induz o médico a buscar no paciente, algo que resulte em lucro. Os doentes crônicos são cultivados, pois asseguram uma receita previsível. As pessoas com amígdalas e apêndice são instadas a removê-los. Os casos graves são evitados porque a remuneração que propiciam não corresponde ao trabalho que dão. O parto tende a transformar-se, de ato fisiológico, em ato operatório. O exagero de exames complementares e de aplicações terapêuticas passa a ser confundido com a boa qualidade da medicina. A assistência domiciliar tende a desaparecer, por ser menos lucrativo em comparação com as facilidades do lucro no atendimento em consultórios ou hospital. O médico é levado, quase inconscientemente, a fragmentar o tratamento em uma série de “atos” médicos, de acordo com a tabela de honorários. O diagnóstico registrado passa a ser aquele que justifique maior remuneração, o que anula as estatísticas de morbidade que tenham por base este registro. O autor aponta, ainda, que o sistema de remuneração médica por unidade de serviço, constitui comprovadamente, fator incontrolável de corrupção não apenas no Brasil, como em outros países. Já foram denunciados atos cirúrgicos desnecessários nos EUA. No Brasil, conforme André Médici (1989) os hospitais privados, para justificar internações por conta da Previdência Social, rotulavam como “emergência”, nada menos que 90% dos casos atendidos, como informação do Superintendente do INPS de São Paulo, em 1968. Para coibir as fraudes, em 1982, foram tomadas medidas como a extinção do pagamento por unidade de serviço e a instituição do pagamento por procedimento.

- Os serviços contratados - que tanto abarcavam os médicos credenciados para o atendimento ambulatorial como os hospitais privados lucrativos e não-lucrativos;
- Os serviços conveniados que abrangiam os convênios com empresas, sindicatos e universidades.

É nesse quadro que as empresas médicas se consolidaram apoiadas pelas bases estatais. Como explicam Luis Otávio Farias e Clarice Melamed (2003), baseados em Teixeira, os convênios foram se estabelecendo através de 3 instituições: uma empresa ou indústria X, a Previdência Social e a empresa médica. A empresa médica receberia da Previdência um valor global pelo convênio (calculado com base no número de funcionários da empresa X), passando inicialmente a ser responsável integral pelo atendimento médico desse grupo de segurados. O empregador poderia também contratar e pagar diretamente a empresa médica para que essa se responsabilizasse pelo atendimento aos funcionários, cabendo à Previdência o ressarcimento de uma dada quantia ao empregador, baseado no número de funcionários da empresa.

Segundo Hésio Cordeiro²¹ (1984:76-76), em 1972, estimava-se a cobertura de 2,5 milhões de beneficiários por convênios homologados, além de cerca de 1,5 milhão de segurados principais em convênios não-homologados pela Previdência Social.

Em 1973, existiam 132 grupos médicos, que abarcavam um total de 2.845 firmas convenentes e 3.425 clientes, distribuídos entre apenas seis cidades brasileiras: São Paulo (SP), Rio de Janeiro (RJ), Belo Horizonte (MG), Recife (PE), Salvador (BA) e Porto Alegre (RS). A capital paulista concentrava 100 dessas empresas, sendo que essa desigualdade estaria associada à própria diferença de dinamismo econômico do território brasileiro. A presença de um grande número de firmas contratantes aliados ao maior número de trabalhadores assalariados inseridos no mercado formal de trabalho, ampliou o mercado para os serviços médicos privados, especialmente, na cidade de São Paulo.

21 A Interclínicas S/A criada em São Paulo em 1968 era uma das empresas que surgiam ligadas a esta política de convênios com a previdência. A medicina de grupo SAMCIL, em São Paulo, o seguro-saúde, no Hospital Silvestre, no Rio de Janeiro e a UNIMED também integravam o complexo médico-empresarial e previdenciário (Hésio Cordeiro:1984).

Tabela - 16

Número de grupos médicos, firmas convenientes e população assistida em cidades selecionadas - 1973

Cidade	Nº de Grupos Médicos	Nº de firmas convenientes	Pop. Assistida (x 1.000)
São Paulo	100	1.500	2.500
Rio de Janeiro	11	585	400
Belo Horizonte	6	50	200
Recife	11	310	120
Salvador	2	190	120
Porto Alegre	2	210	35
Total	132	2.845	3.425

Fonte: Hésio Cordeiro – As empresas Médicas. 1984.

Carlos Gentile de Mello (1978) mostra que foram firmados 4.000 convênios com empresas empregadoras, geralmente de grande porte, sendo que mais de 70% estavam localizadas no Estado de São Paulo, dos quais 80% na capital e nas suas proximidades.

A presença de um mercado de trabalho mais expressivo nessas regiões dava sustentação a contratação dos serviços privados. Tomando, como exemplo, a indústria de transformação é possível verificar que nos anos de 1970, a Região Sudeste empregava 71,02% do pessoal ocupado na indústria e era responsável por 80,97% do Valor de Transformação Industrial do país.

Tabela - 17

Brasil e Grandes Regiões - 1970 - Indústria de Transformação

Grandes Regiões	Estabelecimentos		Pessoas Ocupadas		Valor de Transformação Industrial	
	Nº	%	Nº	%	EM US\$	%
Norte	1.442	2.06	35.262	1.46	90.293.635	0.79
Nordeste	8.352	11.95	297.906	12.30	666.043.678	5.81
Sudeste	43.544	62.32	1.719.885	71.02	9.282.962.000	80.97
<i>São Paulo</i>	<i>28.545</i>	<i>40.85</i>	<i>1.234.337</i>	<i>50.97</i>	<i>6.697.157.895</i>	<i>*58.92</i>
<i>Rio De Janeiro</i>	<i>8.639</i>	<i>12.36</i>	<i>318.645</i>	<i>13.16</i>	<i>1.800.393.099</i>	<i>*15.70</i>
Sul	14.534	20.80	358.100	14.79	1.343.666.303	11.72
Centro-Oeste	1.999	2.86	10.592	0.44	51.239.012	0.71
Brasil	69.871	100	2.421.745	100	11.464.204.629	100

FONTE: Fonte: Censo Industrial 1970, 1980. MTB - Relatório RAIS, 1990 -1994. * Em relação ao total do país.

Por sua vez, o Estado de São Paulo respondia por 50,97%, enquanto que o Rio de Janeiro participava com 13,16% do total do pessoal ocupado. A Região Sul era a segunda maior empregadora, com 14,79% do pessoal ocupado, sendo que as demais regiões apresentavam uma participação bem menos expressiva.

Desse modo, podemos dizer que a estruturação de um sistema privado de saúde atuando na Previdência Social brasileira se fortaleceu justamente nas parcelas do território mais dinâmicas, que permitiram não apenas que empresas privadas de saúde surgissem como também possibilitou que uma rede que envolvia desde as indústrias farmacêuticas, as empresas de equipamentos terapêuticos e de diagnósticos, os hospitais privados e o próprio sistema financeiro conseguissem exercer pressão para que a organização desse sistema permanecesse voltada para alimentar esse amplo mercado que se consolidava, inviabilizando, dessa

maneira, qualquer tentativa que fosse dirigida a implantação de uma assistência preventiva e que redundaria em menores gastos para o próprio sistema previdenciário.

Tal organização se consolidou graças à criação de circuitos espaciais - os circuitos produtivos e de cooperação. O primeiro se define “pela circulação de produtos, isto é, de matéria. Os circuitos de cooperação, por sua vez, “associam a esses fluxos de matéria outros fluxos não obrigatoriamente materiais: capital, informação, mensagens, ordens. As cidades são definidas como pontos nodais, onde estes círculos de valor desigual se encontram e se superpõem (Milton Santos:1986a:07). Nos serviços de saúde a chegada das indústrias de equipamentos médicos, dos laboratórios farmacêuticos fazem parte desse circuito produtivo que rapidamente se associa, ao setor financeiro que representa esse circuito de cooperação, gerando uma alta lucratividade. O estreitamento das relações entre o setor industrial e financeiro, ocorridas no pós-64, fez emergir uma medicina que está associada ao circuito superior da economia, ao criar essa interdependência entre os serviços de saúde e os demais setores da economia. As relações entre o complexo médico-hospitalar e a indústria permitiram o desenvolvimento de “novas classes e gêneros de indústria, notadamente dos que fornecem os insumos e bens de capital para a produção de equipamentos médicos”. Daí, a saúde ter

vido reduzida a um setor econômico, já que permite a valorização de distintos capitais (industrial, financeiros, de serviços), ao mesmo tempo, que está constantemente aberta as inovações tecnológicas, alimentando as constantes mutações do sistema. A solidariedade organizacional tende a fortalecer e ampliar o poderio desses agentes hegemônicos. O próprio ato médico está cada vez mais associado à incorporação tecnológica que passa aos olhos da sociedade como um sinônimo de qualidade dos serviços prestados, sem que haja, questionamentos sobre sua real eficácia.

No caso dos equipamentos médico-hospitalares as condições do território das regiões Sudeste e Sul do país deram suporte ao seu crescimento, graças ao dinamismo dos circuitos de produção, cooperação e consumo. Como aponta Raul Borges Guimarães (1999) segundo um levantamento realizado pelo IBGE e pela Associação Brasileira das Indústrias de Equipamentos Médico-Hospitalares e Odontológicos (ABIMO) o mercado para esses equipamentos cresceu significativamente, passando de 30 indústrias existentes em 1962, ano da Fundação dessa associação para aproximadamente 400 em 1987. O maior mercado para esses produtos, especialmente dos tipos eletro-eletrônicos, era os estabelecimentos com internação, principalmente os hospitais, que exigem uma grande complexidade tecnológica e esses estavam concentrados, sobretudo nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de

Janeiro, Paraná e Rio Grande do Sul, que coincidiam com as frações mais dinâmicas do território.

5.3. II PND - modernizações territoriais e mudanças na Previdência Social

Como veremos, a segunda vaga de modernizações do território brasileiro consolidou os serviços privados de saúde no país. No governo do general Ernesto Geisel (1974-1979) foi instituído o II PND (1974) no qual ocorreu um amplo programa de modernização dos equipamentos do território e do parque industrial brasileiro.

O meio geográfico brasileiro ganha novos conteúdos em técnica-ciência e informação. Desse modo, não é mais possível pensar em um meio somente técnico-científico, já que a informação entra como uma variável chave para entendermos as transformações no território brasileiro, “a informação tanto está presente nas coisas como é necessária à ação realizada sobre essas coisas” (Milton Santos:1994b:51). Há uma tendência a racionalização crescente de parcelas maiores do espaço brasileiro, que atendem aos anseios dos agentes hegemônicos da economia e da sociedade, possibilitando que um maior número de lugares participem da globalização da economia.

Em diferentes regiões do país surgem manchas de desenvolvimento resultantes das articulações que o Estado promoveu, conduzindo a uma nova fase de investimentos públicos e privados nas indústrias de insumos básicos (siderurgia, metalurgia, química, petroquímica, fertilizantes, cimento, celulose e papel), bens de capital (material de transporte e máquinas) e equipamentos públicos em infra-estrutura (energia, transportes e comunicações) (Wilson Suzigan:1988:09)²². É sob essa nova materialidade que se diversificam as atividades econômicas e se multiplicam as possibilidades de valorização dos capitais.

Verificou-se um avanço da industrialização para diferentes estados do país, diminuindo a participação relativa da área metropolitana paulista. No Nordeste esse processo foi impulsionado pela instalação do Complexo Petroquímico de Camaçari, próximo de Salvador e do Complexo Siderúrgico de Itaqui no Maranhão. O Estado brasileiro concedeu créditos subsidiados, isenção fiscal, realizou investimentos estatais e adotou uma política de incentivos regionais e setoriais. As metrópoles nordestinas – Fortaleza, Recife e Salvador – viram florescer em suas áreas metropolitanas alguns empreendimentos industriais. No

22 Como mostra Barjas Negri (1996:141) “O II PND estabelecia a continuidade dos programas em andamento e a criação de outros, que de modo geral visavam a ações integradas fora do centro mais desenvolvido, que era São Paulo. Entre esses programas, destacam o PIN, Proterra, Provale, Prodoeste, Polamazônia, Programa de Cerrados, etc. Além disso, eram indicadas áreas passíveis de se transformar em receptoras de investimentos produtivos, como a implantação do Pólo Petroquímico do Nordeste, do Complexo Mineral – Petroquímico Regional no eixo de Salvador – Aracaju – Maceió; do Pólo de Fertilizantes no Nordeste; do Complexo Mineiro –Metalúrgico da Amazônia Oriental; a conclusão do Distrito Industrial da Zona Franca de Manaus, etc.)”.

Norte do país, a Zona Franca de Manaus, o Projeto Grande Carajás e a instalação do complexo eletrometalúrgico de Tucuruí no Pará impuseram novos ritmos à economia dessa região permitindo uma maior articulação com o mercado do centro-sul e com os mercados internacionais. Já, no Centro-Oeste o crescimento da agroindústria revela essa nova fase e no Sudeste, o crescimento da produção para exportação de siderurgia, papel e celulose e a instalação da indústria FIAT, ampliaram a participação dos estados de Minas Gerais e Espírito Santo na produção industrial (Barjas Negri:1996). Em particular, a difusão das modernizações no Estado de São Paulo, graças aos programas governamentais do PROÁLCOOL, os incentivos à exportação de soja e suco de laranja, a implantação do complexo petroquímico de Campinas, o complexo “tecnológico e aeroespacial de São José dos Campos, a ampliação da COSIPA, somado as políticas estaduais e municipais de interiorização da indústria diminuem, outrossim, o peso relativo da região metropolitana paulistana, favorecendo o interior do estado” (Barjas Negri:1996).

Na região sul a modernização da agropecuária e a expansão de culturas, permitiram a entrada na comercialização de *commodities* na agroindustrialização. Por sua vez, a instalação do Complexo Energético de Itaipu, no Paraná, selam esta política empreendida pelo governo.

Desde o I PND, ainda que as modernizações atingissem distintas frações do território os estados que compõem as regiões do Sudeste e do Sul do país foram os grandes beneficiários dessa política empreendida pelo governo. A dispersão das atividades econômicas desenha uma região que acolhe grande parte das modernizações do território, a Região Concentrada (Milton Santos:1993a), onde o meio técnico-científico-informacional se difunde por sobre um meio mecanizado, portador de um denso sistema de relações. Isso ocorreu graças ao intenso processo de urbanização, ao elevado padrão de consumo das empresas e das famílias, a uma vida comercial mais diversificada nesta parcela do território.

Através do Banco de Desenvolvimento Econômico e dos Bancos Regionais, delineou-se uma política de investimentos públicos que visava financiar os grandes grupos nacionais e estrangeiros. Além dos empréstimos a juros subsidiados para as grandes empresas, os bancos públicos financiaram a instalação dos novos sistemas de engenharia, ampliaram as redes de comunicação, enfim, criaram as condições necessárias para a intensificação dos fluxos nacionais e mundiais.

A metamorfose do território brasileiro com a expansão do meio técnico-científico-informacional elevou os índices de urbanização do país. Entre 1980 e 1996, as regiões norte, nordeste e centro-oeste obtiveram os maiores índices, graças à intensificação dos conteúdos de técnica-ciência

e informação nessas parcelas do território e, por outro lado, foram mais lentas nas áreas com maiores densidades técnico-científicas, isto é, nas regiões sudeste e sul do país.

Tabela - 18
Brasil e Grandes Regiões - Taxas de Urbanização – (Em %)

Brasil e Grandes Regiões	1980	1991	1996
Norte	50.20	57.80	62.30
Nordeste	50.70	60.60	65.20
Sudeste	82.80	88.0	89.30
Sul	62.70	74.10	77.20
Centro-Oeste	70.70	81.80	84.80
Brasil	67.70	75.50	78.40

Fonte: Anuário Estatístico IBGE: 1980 e 1991. Contagem da População 1996.

Por outro lado, as ações na área social não acompanharam o ritmo das transformações, quando analisamos, por exemplo, a esperança de vida ao nascer. Os ganhos de vida para a população foram reduzidos face as grandes modernizações do período.

Tabela -19
Esperança de Vida ao Nascer – segundo Grandes Regiões.
Brasil 1950-1980

Grandes Regiões	Esperança de Vida ao Nascer (anos)			
	1950	1960	1970	1980
Norte	44,9	53,6	54,7	63,6
Nordeste	39,0	41,1	45,6	51,0
Sudeste	49,1	56,8	57,4	64,4
Sul	53,5	60,4	60,7	67,2
Centro-Oeste	51,2	56,9	58,9	63,9
Brasil	45,5	51,6	53,5	60,1

Fonte: IBGE, 1950, 1960, 1970 e 1980.

Entre a década de 1950 e 1960, houve um ganho, em média, de 6 anos de vida, entre 1960 e 1970, a esperança de vida praticamente não se alterou e, entre 1970 e 1980 os ganhos foram modestos. O milagre econômico do I PND e os maciços investimentos governamentais do II PND não foi suficiente para reverter à situação de precariedade das condições de vida de milhões de brasileiros. Paradoxalmente o governo continuava a investir na ampliação e fortalecimento dos serviços privados de saúde atrelados a previdência social enquanto que os serviços públicos, destinados à maioria da população do país não recebiam a mesma atenção. Entre os pobres a competição para usar os precários serviços de saúde era acirrada, especialmente, nos momentos de crise. Já, as classes médias silenciaram frente aos problemas sociais que se avolumavam na sociedade. Como grande beneficiária do regime autoritário, não conheceram as disputas para usufruir os recursos do mercado ou do Estado, uma vez que, a política adotada pelo governo melhorava o seu poder aquisitivo e o seu bem-estar material (Milton Santos: 17/10/1999a). Desse modo, ao receberem incentivos diretos e indiretos na educação e na saúde privada apoiaram acriticamente os rumos políticos do país.

As orientações políticas conservadoras na saúde tornam-se mais nítidas na vigência do II PND que engendra novos caminhos para a ampliação dos serviços privados de saúde. Em 1974, o governo

desmembrou o Ministério do Trabalho e da Previdência Social em dois ministérios – Ministério do Trabalho (MT) e Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), com o desdobramento do INPS em três institutos: o de Administração da Previdência Social e Assistência Social (IAPAS), que recolhia e administrava os recursos; o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que continuou com as funções de administração, cálculo, concessão e pagamento de benefícios previdenciários e assistenciais; e o Instituto de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), destinado apenas a administrar o sistema de saúde previdenciário. (André Médici:1999).

Nesse mesmo ano duas medidas foram essenciais para a ampliação e a consolidação da rede privada de saúde. A primeira foi a criação do Plano de Pronta Ação (PPA) do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) que acelerou as contratações de serviços, credenciamentos e convênios, consolidando o complexo médico-empresarial, no sistema previdenciário “transferindo recursos ao setor hospitalar, à medicina de grupo, às cooperativas médicas e a médicos autônomos credenciados” (Hésio Cordeiro: 1984: 81).

A segunda medida foi a criação, em 1974, do Fundo de Apoio do Desenvolvimento Social (FAS)²³, formado por recursos da loteria (federal, esportiva e, recentemente da loto) e dos saldos operacionais da Caixa Econômica Federal (CEF) (André Medici: 1999) que tinha como objetivo financiar investimentos na área social.

A opção privatizante é flagrante nas duas medidas adotadas pelos dirigentes do Ministério da Previdência Social²⁴. A primeira medida criou um mercado cativo para os serviços privados e a segunda subsidiou a construção e ampliação da rede física, especialmente a hospitalar²⁵. Ambas contribuíram, ainda, para a concentração nos centros urbanos fazendo prevalecer à lógica do mercado. A seletividade socioespacial é uma regra para a assistência médica-hospitalar que vai se estruturando no Brasil, em consonância com a difusão do meio técnico-científico-informacional.

É importante frisar que a urbanização da sociedade e do território é

23 Na esfera da saúde, como mostra Sergio Piola (1989), as contribuições do FAS serviram para ampliar os serviços privados de saúde. Segundo este autor (ano), em 1977, a área da saúde recebeu 25% dos recursos do FAS logo atrás da área de educação que absorveu 70% dos recursos. Mas enquanto a maior parte dos recursos destinados à educação (88%) foram aplicados em projetos de natureza pública, na área da saúde privilegiou-se a área privada que absorveu 80% do total de financiamentos aprovados para o setor.

24 São reafirmadas as diferenças entre o Ministério da Saúde e da Previdência Social. A institucionalização do Sistema Nacional de Saúde, em 1975, foi uma tentativa de empreender ações de saúde de alcance coletivo voltadas às populações de baixa renda. Todavia, manteve a dicotomia entre os dois ministérios, o primeiro deveria voltar suas ações para os interesses coletivos enquanto que o segundo teria suas ações dirigidas para o atendimento médico assistencial individualizado (Solon Magalhães:2004).

25 Conforme André Medici (1989) as vantagens para os contratados eram longos prazos de carência e juros subsidiados com correção monetária nominal inferior à real variação das taxas de inflação. Assim, dos US\$ 224,1 milhões aplicados pelo Fundo de Apoio do Desenvolvimento Social (FAS) em programas de investimento em saúde, entre 1974 e 1977, US\$ 178,5 milhões foram canalizados para o setor privado, o que corresponde a 65,3% do total de financiamento liberado pra saúde pelo Fundo.

um ingrediente fundamental para compreendermos as diversas simbioses que permitiram ao poder público consolidar um mercado amplo para os serviços privados de saúde. O II PND inseriu novos lugares ao processo de modernização do território brasileiro, que passaram a ser atravessadas por múltiplas redes, próprias da difusão do meio técnico-científico-informacional. Esses novos lugares atraem populações cada vez maiores ou incrementam ainda mais o crescimento das metrópoles que lhes são tributárias.

Como enfatiza Denise Elias (2003:45), “as novas formas de produção e consumo, associadas aos novos padrões econômicos e culturais, não poderiam se instalar em outro meio que não o das grandes cidades, as quais se tornam metrópoles como resultado da aceleração do processo de modernização e urbanização que lhes atribui um papel de macroorganização do território”.

O dinamismo econômico e o tamanho da população definem as metrópoles de um país. As metrópoles terceiro-mundistas cresceram em função da presença de dois circuitos diferenciados de produção, distribuição e consumo de bens e serviços expressão da própria segmentação econômica, como já havia apontado Milton Santos (1979a). Desse modo, o Circuito Superior está diretamente ligado à modernização tecnológica e organizacional, abarcando as atividades modernas, como as

grandes empresas nacionais e estrangeiras, o comércio moderno, o setor bancário, os setores atacadistas e poderíamos incluir, hoje, o setor quaternário (marketing, consultorias, propaganda) atuando nas áreas da cidade criadas especialmente para o exercício destas atividades. Essas modernizações geram uma quantidade limitada de empregos beneficiando, portanto, um número reduzido de pessoas. Por outro lado, o Circuito Inferior é formado pelo pequeno comércio e serviços em pequena escala, abrigando, ainda, as indústrias menos modernas e capitalizadas e que se tem proliferado nas grandes cidades, devido à expansão do consumo das classes médias e das pobres (Milton Santos:1979a). Sua importância reside na grande capacidade de geração de trabalho. Graças ao fracionamento das atividades, multiplicam-se os serviços, criando-se uma complexa cadeia de outras atividades.

Entre as décadas de 1950 e 1980, podemos verificar que o crescimento das populações nas nove áreas metropolitanas foi superior à população total do país. Em 1950, as regiões metropolitanas concentravam 17,64% da população total do país e, em 1970, esse índice se eleva para 25,09%, ou seja, $\frac{1}{4}$ da população do país passou a residir nessas áreas, alcançando 28,38% em 1980.

Tabela - 20
Brasil e Regiões Metropolitanas - Total da População
(Em Números Absolutos e Relativos)

	1950		1970		1980	
Brasil	51.944.397	100%	94.508.554	100%	121.150.573	100
Regiões Metropolitanas	9.167.702	17,64%	23.717.028	25,09%	34.389.262	28,38%

Fonte: IBGE: Censo Demográfico de 1950, 1970 e 1980.

A população do país, entre as décadas de 1950 e 1980, cresceu 2,33 vezes, enquanto que as regiões metropolitanas apresentaram um aumento de 3,75 vezes. Na década de 1980, a população das regiões metropolitanas continua a crescer mais depressa que o total da população do Brasil. No decênio de 1970-1980, a população do país aumentou 30 %, passando de 94.508.583 para 121.150.573 habitantes. As regiões metropolitanas conheceram um aumento de 44,99%, elevando-se de 23.717.128 para 34.389.262 habitantes. A população da região metropolitana de São Paulo chega, em 1980, 12.588.725 habitantes, mantendo o segundo lugar o Rio de Janeiro com 8.772.265 habitantes. Conforme François E.J.Bremaeker (1997:84) a taxa de crescimento de São Paulo foi de 4,46% ao ano, enquanto que o Rio de Janeiro apresentou uma taxa de 2,44%, a mais baixa taxa de crescimento anual entre as Regiões metropolitanas. Salvador (5,87%), Curitiba (5,78%) e Belo Horizonte (4,64%), tiveram um ritmo superior ao de São Paulo (4,46%).

Entre 1980 e 1996, o ritmo de crescimento da população brasileira como um todo e das regiões metropolitanas é mais lento. A população do país cresce 29,65% contra 37,53% das regiões metropolitanas.

Tabela - 21
Brasil e Regiões Metropolitanas - Taxa de Crescimento da População

	1980		1991		1996	
Brasil	121.150.573	100	146.917.459	100%	157.079.573	100%
Regiões Metropolitanas	34.389.262	28,38	42.734.132	29,30%	47.298.604	30,11%

Fonte: IBGE: Censo Demográfico de 1980, 1991. Contagem da População 1996.

O processo de urbanização passou por profundas mudanças. A rede urbana é hoje mais complexa respondendo a relações específicas que propiciaram as novas condições de realização da vida econômica e social, decorrência da própria expansão do meio técnico-científico-informacional. De um lado, temos o desenvolvimento da produção material que modifica as estruturas industriais, de circulação e o próprio consumo e, de outro lado, a dispersão das atividades econômicas no território. Muitas cidades cresceram em decorrência de uma produção especializada que atende aos novos consumos produtivos do país. O aumento das cidades médias e maiores e, principalmente das metrópoles acompanha esse movimento de urbanização. A urbanização como diz Milton Santos (1993a), deixou de ser litorânea e se interiorizou, fazendo crescer o número de cidades de todos os tamanhos.

A tendência ao crescimento dos municípios de mais de 20.000 e 100.000 habitantes se acentua nas duas últimas décadas, sustentado pela expansão do meio técnico-científico-informacional. Em 1996, a porcentagem de população morando em municípios com mais de 20.000 habitantes ultrapassa 70% em todas as regiões brasileiras. O maior índice foi o do Sudeste, aproximando-se dos 90%. Como mostra Milton Santos (1993a), a tendência que se verifica em algumas metrópoles brasileiras é que essas apresentam taxas de crescimento econômico proporcionalmente menor que suas regiões de influência. Paralelo ao crescimento cumulativo das maiores cidades do país, estaria havendo um fenômeno de desmetropolização, graças à desagregação das atividades econômicas e da população. Desse modo, reconhece o autor (1993a:53) que ao lado da metropolização novas aglomerações chegam à categoria de cidade grande e de cidade intermediária. Daí o acelerado crescimento dos municípios de 20.000 e 100.000 habitantes a partir dos anos 1980.

Tabela - 22
Brasil e Grandes Regiões –
Porcentagem da População das Cidades com mais de 20.000 habitantes
sobre a população total

Brasil e Grandes Regiões	Cidades com mais de 20.000 habitantes		
	1980	1991	1996
Norte	62.3	73.2	74.8
Nordeste	54.9	59.6	70.4
Sudeste	60.3	75.3	88.1
Sul	64.1	68.0	77.3
Centro-Oeste	54.0	69.3	75.7
Brasil	66.0	70.0	80.7

Fonte: Anuário Estatístico IBGE: 1980 e 1991. Contagem da População 1996.

Notamos que do total do país, o Sudeste concentra a metade das aglomerações com mais de 100.000 habitantes, ou seja, 104 cidades. O Nordeste que ocupa a segunda posição possui apenas 44 cidades. No entanto, a região Centro-Oeste foi a que mais cresceu, passando de 6 para 12 cidades. A distribuição das atividades produtivas entre as cidades dessas regiões foi possível devido à difusão mais intensa dos sistemas de transportes e dos meios de comunicação permitindo uma maior fluidez, tendo como consequência “uma acessibilidade (física e financeira) maior dos indivíduos”. A tendência à divisão social e territorial do trabalho se aprofunda nesta porção do território, impulsionada por uma produção e consumos mais intensos geradores de riquezas que repercutirá no próprio aumento do movimento de urbanização (Milton Santos:1993a:53).

5.4 – Involução metropolitana nas metrópoles corporativas e a revanche do território

As modernizações seletivas nas áreas metropolitanas conduziram, de um lado, ao espraiamento das metrópoles e, de outro lado, ao adensamento da pobreza urbana. A involução metropolitana é fruto desse crescimento desmesurado do número de pobres nas grandes metrópoles do país, atraídos pelas possibilidades oferecidas pelo funcionamento de dois circuitos diferenciados de produção, distribuição e consumo.

O rebatimento dessa segmentação nas metrópoles corporativas originou problemas crônicos que se avolumaram, em especial, nas periferias urbanas, denunciando as enormes disparidades socioespaciais da sociedade brasileira.

Na área da saúde, já na segunda metade da década de 1970, inicia-se uma epidemia de meningites meningocócicas A e C, que levou a ocorrência de milhares de casos, atingindo as principais áreas metropolitanas do País como São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte, evidenciando a vulnerabilidade da população e as limitações das ações do governo na saúde pública. Será, justamente nas periferias urbanas, expressão cabal da periferização que os índices mais alarmantes aparecem

“embora a comoção social decorresse da observação da doença entre indivíduos de classe média, a incidência e a mortalidade foram acentuadamente maiores nos bairros periféricos” (Leila Dias:1985). O abandono em que viviam nas periferias urbanas tornavam essas populações vulneráveis e as maiores vítimas das doenças que assolavam o país, fruto das péssimas condições de moradia, alimentação, de saneamento básico.

Em 1986, a pesquisa da Pnad mostrava que a utilização dos serviços de saúde era proporcional a renda familiar, quanto menor a renda menor também a procura pelos serviços de saúde:

Tabela 23 - Taxas de Utilização dos Serviços de Saúde por Nível de Renda Mensal Familiar Per Capita: Brasil – 1986

Classes de Renda Familiar Per Capita (em salários mínimos)	Distribuição Percentual da População	Taxa de Utilização dos Serviços de Saúde (1) (em%)
Até ¼ (2)	14,2	8,6
De ¼ a ½	19,4	9,3
De ½ a 1	25,0	10,7
De 1 a 2	21,5	11,6
+ de 2	15,9	13,8
Total (3)	100,0	11,0

Fonte: Pnad 1986

- (1) - Definida como a relação entre a população que utilizou serviços de saúde e a população total em cada classe de renda considerada.
- (2) - Inclui 1% de pessoas pertencentes a famílias sem rendimento
- (3) - Exclui as Famílias sem declaração de rendimentos

Dessa maneira, as famílias com menor poder aquisitivo, quando usavam os serviços de saúde, o faziam, no geral, em condições de maior gravidade e risco, pagando valores mais elevados, em média, do que as famílias de maior renda, onde os gastos com prevenção (que são menos

onerosos) são mais frequentes. Em 85,6% dos casos de procura pelo serviço de saúde, as famílias com rendimento de até ¼ de salário mínimo procuraram devido a doenças contra 64,5% das famílias com rendimentos superiores a 2 salários mínimos.

**Tabela 24 –
Motivo da Procura por serviço médico segundo a classe de renda**

Motivo de Procura pelo Serviço de Saúde	Até ¼ de salário mínimo	Mais de 2 salários mínimos
Total	100	100
Doença	85,6	64,5
Acidente ou Lesão	5,1	5,1
Problema Odontológico	2,5	7,3
Controle ou Prevenção	4,6	18,9
Outro Motivo	2,1	4,1
Sem Declaração	0,1	0,1

Fonte: Pnad 1986

(*) – Inclui obtenção de carteira de saúde, tratamento de reabilitação, psicanálise, etc.

É justamente neste momento de maior acirramento da crise que prosperam os movimentos reivindicatórios nas metrópoles, sobretudo, aquele vinculado às ações de saúde.

Maria da Glória Cohn (1995:174) enfatiza que a articulação com as comunidades eclesiais de base, ala da Teologia da Libertação, da igreja católica – CEBs, ou as articulações com facções político-partidárias, estruturam lutas específicas por creches, pelos transportes, pela moradia, por condições de saúde. Surgidos, ainda na década de 1970, esses movimentos mostram a resistência da sociedade civil face às modernizações excludentes do período. Entre os movimentos populares, as experiências ligadas ao Movimento Popular pela Saúde (MOPS) ou

alguns ligados aos movimentos feministas, como o SOS, de Recife, mostram as crescentes preocupações da sociedade em relação a essa temática. Em relação a saúde Lúcia Ribeiro (1989:272) discorre sobre os valores que permearam esses movimentos:

- 1) o conceito global de saúde – reconhecimento da saúde como uma dimensão coletiva – e não apenas um problema pessoal pelo qual cada um é individualmente responsável – que se explicita, também, no seu condicionamento social: a situação da saúde depende diretamente das condições de vida (trabalho em condições dignas, alimentação para todos, moradia higiênica, educação e informação, qualidade adequada do meio ambiente, transporte acessível e seguro, descanso, lazer e segurança).
- 2) igualdade no acesso aos serviços de saúde – na reivindicação de saúde para todos se inclui o direito a serviços de saúde universalmente acessíveis e gratuitos, o que implica responsabilidade do Estado.
- 3) à exigência de participação – a necessidade de se expressar os distintos pontos de vista.

Podemos destacar na saúde o importante movimento da Reforma Sanitária que envolveu os profissionais da área da saúde pública.

Conforme André Médici (1994:81), na década de 1970, a consciência de estender a assistência à saúde aos segmentos mais necessitados, iniciou-se no seio das universidades e institutos de pesquisa em saúde, contaminou médicos sanitaristas e outros profissionais da área e chegou à burocracia e aos gabinetes do Ministério da Saúde. Por outro lado, havia uma pressão por parte das entidades internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) para a atenção primária a saúde. As opções políticas na saúde ficaram expostas e como uma verdadeira revanche do território surgiu importantes movimentos no seio da sociedade que punham em cheque o modelo privatista assumido pelo governo militar e o abandono das ações voltadas para a saúde pública.

Para minimizar essa situação é que o governo cria, em 1981, o Programa Nacional de Serviços de Saúde, que visava melhorar as condições de saneamento, habitação, alimentação e nutrição da população brasileira, além de aprimorar os programas de vigilância epidemiológica. Pautando-se nos princípios da descentralização e da universalização dos serviços de saúde “pela primeira vez se alcançou um consenso, avançando para os padrões da época, por exemplo, o congelamento da oferta de serviços federais de natureza local ou regional de modo que a expansão do sistema passasse a ocorrer, exclusivamente,

por intermédio de estados e municípios. Ao mesmo tempo a rede previdenciária própria então de acesso restrito ao trabalhador urbano e seus dependentes, passaria a oferecer cobertura universal” (Sólton Magalhães Vianna: 2004). Todavia, os interesses corporativos, empresariais e burocráticos acabaram por arquivá-lo²⁶.

Concomitante a crise da economia brasileira o Inamps passa a adotar uma política de maior austeridade, restringindo os gastos com saúde. O Conselho Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Conasp) foi criado, em 1982, para enfrentar o problema, perseguindo três objetivos básicos: 1. estabelecer no sistema um uso mais racional dos recursos; 2. Um uso mais efetivo na cobertura populacional; 3. E que alcançasse uma maior resolutividade de seus atos.

Como mostra André Médici (1994:88) a principal novidade do Conasp foi à instituição do Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), que permitia o repasse de recursos do Inamps para os estados e municípios, através da assinatura de convênios, o que reforçaria o

26 As divergências entre a versão original do Prevsauúde e sua versão final marcam essas pressões. O texto original do Plano recomendava a existência de uma única porta de entrada para o sistema e determinava o encaminhamento seletivo dos casos mais complexos e que exigiam cuidados especializados. O documento final, embora propusesse a expansão da rede, não se referia qual seria a estratégia de hierarquização do sistema de saúde, bem como os diversos estágios e componentes do modelo assistencial proposto. Também foi excluída a proibição da dupla militância profissional, ou seja, ao ter um posto de trabalho no INAMPS o médico estava proibido de trabalhar como credenciado do sistema, para evitar práticas monopolistas associadas a triagem e ao encaminhamento de pacientes. Outra exclusão foi a da participação comunitária, a qual foi trocada por uma mera referência a adesão “passiva” da população ao programa. Por fim, enquanto a proposta técnica de origem propunha a expansão dos serviços estaduais e municipais de saúde, com repasse correspondente de recursos e encargos, o documento final pautou-se pela expansão das Unidades Básicas de Assistência Médica.

orçamento público dessas esferas de governo, coincidindo com as reivindicações do movimento municipalista, dos fins da década de 1970, nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo que reclamavam maiores recursos para a área da saúde. As AIS produziram um deslocamento relativo dos recursos financeiros da Previdência para o setor público prestador de serviços de saúde o que abriria as portas para a implantação do SUDS. Fortaleciam-se, nas políticas públicas, as ações que levariam a sua descentralização.

Implantado em 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), buscava com a descentralização redefinir as competências dos diversos níveis de governo, transferindo poder da esfera federal para a estadual e municipal. Com o SUDS ocorre uma mudança na lógica de funcionamento das Secretarias Estaduais de Saúde, na medida em que essas passaram a receber “atribuições referentes à compra de serviços de assistência médica – até então exercidas exclusivamente pelo governo federal por meio do Inamps” (Luciano A. Prates Junqueira e Rose Marie Inojosa:1997:134), capacitando a Secretaria a realizar um planejamento regional da prestação dos serviços de saúde. O SUDS foi o precursor do Sistema Único de Saúde.

Deve-se destacar, também, as conferências de saúde realizadas na década de 1980, a VII Conferência e a VIII Conferência, momentos

fundamentais onde foram traçadas estratégias que viabilizaram a implantação do SUS.

Conforme Antonio Ivo de Carvalho (1998) a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, alcança grande representatividade, e cumpre o “papel de sistematizar tecnicamente e disseminar politicamente um projeto democrático de Reforma Sanitária, dirigida à universalização do acesso, equidade no atendimento, integralidade da atenção, unificação institucional do sistema, descentralização, regionalização e hierarquização da rede de serviços, e participação da comunidade”. Como um dos desdobramentos dessa conferência é que temos a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), que apontava os Estados e Municípios como gestores do futuro sistema. É importante lembrar que a abertura política e as eleições de novembro de 1986 criaram um clima favorável à descentralização dos serviços de saúde. Segundo Antonio Ivo de Carvalho (1998), o SUDS redefiniu os papéis do poder federal, estadual e municipal, restringindo a atuação do nível federal “apenas às funções de coordenação política, planejamento, supervisão, normatização, regulamentação do relacionamento com o setor privado”. Os recursos humanos e financeiros do Inamps foram progressivamente transferidos para os Estados e Municípios que se tornaram gestores, restringindo o

papel deste Instituto a funções de planejamento, orçamento e acompanhamento.

O SUDS abriu os caminhos para as propostas apresentadas na Constituição de 1988 que acabaram por levar a institucionalização do SUS, quando pela primeira vez na história do país, a saúde é reconhecida como um direito social, que deve ser assegurado pelo acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e prevenção da saúde. O SUS representou um avanço em relação aos direitos sociais, e um caminho para a construção da cidadania, ao reconhecer a saúde como um direito de todos os brasileiros e um dever do Estado, o que implica num princípio da solidariedade, pois o acesso à saúde passa a ser assumido pelo conjunto da sociedade.

A construção do SUS ocorreu com a transferência do Instituto Nacional de Assistência Médica (Inamps) do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) para o Ministério da Saúde. O financiamento do SUS se deu com verbas do Inamps e da participação do Ministério da Previdência. O Inamps foi extinto apenas em 27/07/1993. Desse modo, houve um período de convívio entre os dois sistemas, o que acarretou alguns problemas já que prevalecia a lógica de financiamento e de alocação de recursos do Inamps. Isso ocorria porque o SUS que tinha como proposta a universalização do atendimento, iniciava sua atuação na

área de assistência à saúde, utilizando-se de uma instituição que tinha sido criada e organizada para prestar assistência a um segmento específico da população. Como observa Renilson R. de Souza (2002), uma das conseqüências desse processo foi o estabelecimento de limites físicos e financeiros para as unidades federadas, segundo a lógica do Inamps, garantindo a manutenção das situações até então vigentes.

A lógica do sistema que privilegia os serviços privados de saúde e sua concentração no território brasileiro são fatores que se conjugam para dificultar o pleno funcionamento do Sistema Único de Saúde. Romper com os interesses dos poderosos agentes que hoje atuam na saúde e garantir a dispersão dos serviços nos lugares menos atrativos do território serão os grandes desafios para o futuro do sistema. Para isso a presença do poder público é essencial, pois somente o Estado tem força para criar uma organização territorial mais justa.

Terceira Parte

Os caminhos para a consolidação do SUS

Capítulo 6

Verticalidade Institucional e a reorganização dos serviços de saúde

6.1. A saúde como direito social

No caso específico da saúde, a institucionalização do SUS, na Constituição de 1988 abriu um novo capítulo na história da saúde pública do país, quando pela primeira vez se afirma que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. O Sistema Único de Saúde foi efetivado através de lei federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, chamada de Lei Orgânica da Saúde. Reza o texto constitucional que o direito à saúde será alcançado mediante políticas sociais e econômicas que “visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”, cabendo ao poder público regulamentar, fiscalizar e controlar as ações e serviços de saúde, que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único. O texto garante, ainda, que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

A presença de movimentos sociais ligados à saúde, as distintas densidades técnicas do território, o confronto de interesses econômicos, políticos, sociais e a própria organização espacial dos lugares são fermentos vitais para entendermos a dinâmica de implantação do Sistema Único de Saúde. Desse modo, o território normado é confrontado permanentemente com o território como norma, interferindo na própria consolidação do SUS.

Podemos dizer que o SUS é uma verticalidade institucional que tem no marco normativo e político institucional o seu poder de ação. Essa verticalidade tem sido responsável pela reorganização dos sistemas de objetos e ações vinculados à saúde nos distintos lugares do território. Daí advém um conjunto de normas que regulamentam e induzem aos processos de descentralização dos serviços de saúde com a transferência de autoridade ou poder decisório no financiamento e gestão do nível nacional para os níveis subnacionais. As verticalidades institucionais originam horizontalidades, na medida em que os lugares se adaptam as exigências normativas para participarem do SUS.

Esse conjunto normativo não pode ser compreendido, porém, sem a consideração, de um lado, dos distintos contextos políticos que geraram os processos de regulamentação do SUS e seu rebatimento no território. Essa verticalidade institucional se dissolve nos lugares onde podemos analisar a operacionalidade das normas agindo conjuntamente com os dados das

políticas. E, de outro lado, é preciso considerar o papel ativo que os serviços privados de saúde tem exercido no sistema público de saúde, criando obstáculos para a sua efetivação.

6.2. O espaço nacional da economia internacional – o neoliberalismo nas políticas de saúde

A construção do SUS é concomitante ao aprofundamento do processo de globalização que ocorre especialmente no último quartel do século XX, com a acelerada adoção do ideário neoliberal. Como adverte José Luis Fiori (2001; 79), nas últimas duas décadas do século XX, o novo liberalismo “se transformou numa arma de ataque, não apenas contra o protecionismo e a regulação econômica estatal, mas também contra o *welfare state*, uma das principais obras da democracia do estado de bem-estar social que é, entretanto, considerada pelos neoliberais apenas o produto de uma convivência perversa entre as ‘demandas excessivas’ da população e a irresponsabilidade fiscal dos governos”.

Na década de 1980, a Inglaterra e os Estados Unidos, respectivamente nos governos de Thatcher e Reagan dão início às políticas neoliberais, que se tornam hegemônicas nos países centrais, difundindo-se

pelo mundo capitalista e alcançando os países do Terceiro Mundo, entre os quais o Brasil.

Milton Santos e Mónica Arroyo (1997c:60) argumentam que no final da década 80, o discurso neoliberal tinha duras críticas ao “ ‘Estado desenvolvimentista’ ” e com uma propaganda feroz gabando as bondades do mercado”.

O Consenso de Washington sintetizou o conjunto das novas orientações políticas para a adoção do modelo neoliberal. Entre as medidas do receituário proposto pelo Consenso de Washington e condensadas por José Luís Fiori (2001; 84-85) destacamos às políticas macroeconômicas que recomendavam rigorosa austeridade fiscal e disciplina monetária, exigindo dos países cortes de gastos e a implementação de reformas administrativas, previdenciárias e fiscais. Difundia-se, dessa maneira, uma nova concepção de políticas públicas, fundamentada na contenção de gastos pelo Estado.

Conforme Maria da Conceição Tavares (1999:477) o Brasil foi, dentre os países latino-americanos, aquele que adotou mais tardiamente as políticas neoliberais. No decorrer da década de 1990, como aponta essa autora, as medidas de liberalização – comercial, flexibilização do mercado de trabalho, reformas econômicas e do Estado e privatizações que constam das recomendações do Consenso de Washington, foi executada

aceleradamente no governo de Fernando Henrique Cardoso em menos de cinco anos. “A abertura radical da economia, o processo de reformas e as operações de privatização de empresas estatais, desnacionalização dos bancos e o desmonte do Estado foram empreendidos com uma velocidade espantosa, aproveitando as experiências bem ou mal sucedidas de outros países da América Latina”. É neste contexto de internacionalização mais acirrada do território brasileiro que o Sistema Único de Saúde é implantado.

Na década de 1990, o aprofundamento do processo de globalização da economia transformou o Brasil “num espaço nacional da economia internacional”, como observa Milton Santos (1996a:194). Para esse autor os agentes hegemônicos, “armados com uma informação adequada, servem-se de todas as redes e utilizam todos os territórios. Eles preferem o espaço reticular, mas sua influência alcança também os espaços banais²⁷ mais escondidos” (1996:194). Dentro deste contexto, qual a interferência que as políticas macroeconômicas que contemplam o ideário neoliberal tem sobre o financiamento do SUS e qual o impacto nos distintos lugares do território?

Os lugares se redefinem frente ao processo de globalização da economia. Conforme Milton Santos (16/07/2000) temos de um lado, “os

27 Espaço banal – espaço de todos os homens, firmas e capitais. (Milton Santos: 1996).

novos conteúdos empíricos (produtivos, fiscais, financeiros, informacionais, legais, regulatórios) e, de outro lado, as novas características relacionais, de que sobressai nova cultura mais complexa, que muda a natureza do cotidiano e lhe outorga uma dimensão política inesperada. Ainda que os influxos possam ser distantes e de origem externa, a produção do cotidiano é endógena e ele tem sempre a cara do lugar”.

Concomitante ao aprofundamento da globalização da economia, na década de 1990, uma nova vaga de modernizações atinge parcelas selecionadas do território. O meio geográfico ganha novos conteúdos em técnica, ciência e informação. Como já enfatizamos, este último elemento é central possibilitando um uso cada vez mais racional do território e respondendo prontamente aos interesses dos grandes conglomerados.

Neste sentido, a política das grandes empresas tornou-se mais agressiva junto às distintas esferas do poder (nacional, estadual e municipal). É possível identificar através do uso diferenciado do território brasileiro aqueles subespaços criados ou mesmo renovados em função de interesses de um pequeno número de grandes empresas. Isso se traduz em crescentes gastos na construção ou inovação dos sistemas de engenharia do território que consome enormes somas de recursos públicos, resultando numa ação política corporativa. A criação de ‘espaços luminosos’, nos quais

as densidades técnicas, científicas e informacionais são atrativas para as empresas globais fazem, por outro lado, proliferar os ‘espaços opacos’, precocemente envelhecidos e que abrigam, não raro, as atividades econômicas menos exigentes de capitais e as populações mais pobres. Essa contradição se expressa na fragmentação territorial e nas diversas exclusões a que estão submetidas as grandes parcelas da população brasileira.

Nos países centrais a adesão ao neoliberalismo se deu em graus distintos entre as nações. As políticas públicas implementadas foram orientadas no sentido de realizar cortes, especialmente na área social, entre os quais destacamos aqueles vinculados à saúde. Richard Freeman e Michael Moran (2002:45) mostram que na Europa a assistência à saúde tem sido profundamente afetada pelas pressões fiscais sobre os modernos Estados de bem-estar social, conduzindo a política da saúde à reforma. Todavia, nesses países os direitos sociais são amplamente difundidos, dificultando o desmanche da assistência à saúde. O desmanche dos direitos básicos e dos mecanismos de financiamento fundados nos impostos e nos sistemas de segurança sociais têm sofrido resistências por parte da sociedade desses países e a saúde é realmente ainda uma questão pública.

Em relação à saúde nos países periféricos as recomendações do Banco Mundial são ilustrativas desta política de viés neoliberal. Conforme

Paulo Eduardo Elias (1997:198) o *Informe do Banco Mundial* de 1993 recomendava aos países em desenvolvimento a adoção de um sistema de saúde em que compete aos Estados à responsabilidade pela universalização da assistência básica à saúde, produzindo serviços próprios ou em parceria com as Organizações Não Governamentais (ONGs). E as assistências especializadas, dependentes da incorporação tecnológica de maior vulto, seriam prestadas pelo setor privado, com financiamento por modalidade de seguro privado do tipo pré-pagamento de serviços. Esta visão parcial do Banco Mundial que defende a dicotomia na prestação dos serviços de assistência a saúde é desrespeitoso e pouco ético, criando uma assistência para os pobres e outra para os mais abastados. Por outro lado, desconsidera as particularidades das distintas formações socioespaciais e tem como princípio o ajuste econômico das nações em detrimento dos gastos sociais. O abandono das demandas das populações se traduz nos índices alarmantes que denunciam um empobrecimento ainda maior nessas nações. Entre os muitos problemas, a política imposta aos países subdesenvolvidos tem provocado recordes de crescimento nas taxas de desemprego, tendo como uma das conseqüências o aumento da dependência dessa população desempregada pelo uso dos sistemas públicos de saúde, já que deixam de contar com os sistemas privados das empresas empregadoras.

No Brasil, a adesão ao projeto neoliberal aprofundou as desigualdades já existentes. Não houve desmantelamento do Estado de bem estar social, pois este nunca existiu em nosso país. As poucas conquistas seja no âmbito do trabalho, seja no âmbito da previdência ou a recém conquistada vitória na implantação do Sistema Único de Saúde, no final da década de 1980, encontram-se seriamente ameaçadas com a política assumida pelos governos no decorrer dos anos 1990, com a afirmação da supremacia da economia sob a política. A aceitação do receituário neoliberal proposto pelas agências internacionais (FMI, Banco Mundial, entre outros) conduziu a privatização e a desnacionalização do patrimônio público nacional, conduzindo à profunda crise social que mergulhou a nação brasileira. Além de comprometer o orçamento público na formação de infra-estruturas reclamadas pelas atividades modernas, o Estado, ao assumir deliberadamente uma orientação neoliberal, se tornou omissivo em relação à proteção dos trabalhadores. O desemprego, as formas precárias de inserção no mercado de trabalho e a baixa remuneração fazem parte do cotidiano de milhares de trabalhadores. As modernizações nos processos produtivos advindos do uso de novas tecnologias têm sido responsáveis pela redução dos postos de trabalho, já que as empresas procuram aumentar a produtividade e não gerar mais empregos. Em 1999, no segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso, cidades como Volta

Redonda, Niterói, Petrópolis e Nova Iguaçu, no Rio de Janeiro; Cubatão, Mogi das Cruzes, Mauá, Itu e Sumaré, em São Paulo; Camaçari, na Bahia; e São Leopoldo e Canoas no Rio Grande do Sul, perderam o *status* de geradoras de emprego industriais.(Folha de São Paulo:08/11/1999).

Os índices de seguridade no trabalho caem em praticamente todas as regiões metropolitanas do país. Nas nove áreas metropolitanas, houve o declínio dos trabalhadores com carteira assinada, passando de 61,50% para 50,39% entre 1981 e 1996, ao mesmo tempo em que cresce o percentual de trabalhadores por conta própria de 17,36%, em 1981, para 23,59% em 1996.

Concomitante a precarização do trabalho, é também crescente o desemprego nas áreas metropolitanas. Em Belo Horizonte, São Paulo, Porto Alegre, Recife e Salvador os índices elevados podem ser observados na tabela abaixo relacionada.

Tabela 25
Brasil – Taxas de desemprego em regiões metropolitanas selecionadas 2000 - 2004

	1999	2000	2001	2002	2004
Belo Horizonte	16,7	16,3	17,7	17,5	17,0
São Paulo	18,7	16,2	17,8	18,5	17,1
Porto Alegre	-	15,0	14,8	14,2	14,4
Recife	21,4	19,9	20,5	19,4	21,4
Salvador	28,1	24,8	27,4	26,5	24,8

Fonte: Dieese – PED.

A manutenção de elevadas taxas de desemprego no país afeta diretamente o Sistema Único de Saúde, pois os trabalhadores que usavam os serviços privados migraram para os serviços públicos, pressionando

ainda mais os gastos com saúde e agravando a crise na assistência médica que se manifesta através da dificuldade de obter atendimento médico rápido e contínuo, pela reincidência de doenças como dengue, a tuberculose, bem como pela grande concentração dos serviços raros e dos equipamentos médicos mais sofisticados no território. Mas também, na falta de fontes contínuas e crescentes para o financiamento da saúde, na ausência de médicos em muitos dos municípios brasileiros, nos obstáculos territoriais para alcançar os serviços não disponíveis nos municípios. As recomendações dos organismos internacionais para o processo de descentralização da saúde são descolados das realidades dos lugares e, principalmente, apostam numa solução desrespeitosa e pouco ética ao defender a dicotomia na prestação dos serviços médico-hospitalares.

6.3 – Os gastos em saúde

A escassez de recursos para a saúde pública é um dos principais problemas a serem enfrentados pelo Sistema Único de Saúde. Para que esse sistema não naufrague é preciso garantir fontes de financiamento contínuas. Com base em dados da Organização das Nações Unidas (ONU), para o ano de 2000, constatou-se que nos países desenvolvidos, os gastos com saúde representavam cerca de 10% dos seus respectivos Produtos

Internos Brutos. No Brasil, segundo dados de especialistas, os gastos totais foram, em 2004, estimados em R\$ 80 bilhões – entre investimentos públicos e privados, ou seja, menos de 5% do PIB²⁸, que chegou próximo a R\$ 1,7 trilhão. Em 2003, os gastos públicos no Brasil foram de R\$ 45 bilhões, somando-se os recursos da União, Estados e municípios (SESPA 10/12/2004).

A instabilidade financeira deste período e a incorporação de milhões de brasileiros ao SUS, resultado da universalização do sistema, tornaram ainda mais problemáticos os primeiros anos de implantação do SUS. É preciso ressaltar que cerca de 120 milhões de pessoas dependem exclusivamente desse sistema para obter assistência médica. Para termos uma dimensão desse aumento da demanda, as consultas aos serviços públicos de saúde no país cresceram entre 1985 e 1992, 163%, passando de 256.370.269 para 676.314.755²⁹. A inclusão de milhões de brasileiros ao sistema nos dá a dimensão da importância que o SUS representa hoje para a sociedade brasileira e, principalmente, torna ainda mais urgente a discussão em relação às fontes financiadoras, para que essa inclusão não seja ameaçada.

28 A pesquisa do Cremesp (2004), revelou que o Brasil gasta em saúde 3,2% do seu PIB, valor menor que a Bolívia, Colômbia, África do Sul, Rússia, Venezuela e Uruguai. A Argentina destina 5,12% do PIB, Cuba, 6,25%, Estados Unidos 6,2% e Alemanha, 8,1%.

29 Assistência Médico (1999).

Considerando-se os gastos do Ministério da Saúde, entre 1993 e 1999, Sergio Piola e Geraldo Biasoto (2001) expõem a instabilidade desses gastos. Em 1996, o gasto *per capita* atinge o menor valor, recuperando-se, em 1997, e voltando a cair nos anos de 1998 e 1999.

Tabela - 26
Ministério da Saúde: gasto total, *per capita* e como proporção do PIB, 1993/1999.

Ano	R\$ Milhões Correntes	R\$ milhões Constantes dez. 1998 (1).	Índices	Per capita R\$ de dez./1998	% PIB
1993	297	12.822	100	85,0	2,11
1994	7.498	13.021	102	85,2	2,15
1995	14.937	18.614	145	120,1	2,31
1996	14.376	16.154	126	102,8	1,85
1997	18.569	19.394	151	121,8	2,14
1998 (2)	17.541	17.665	138	109,5	1,94
1999	20.334	18.375	143	113,8	2,06

Fonte: Sergio Francisco Piola e Geraldo Biasoto Júnior/ Siafi/Sidor. Elaboração Ipea/Disoc. (2001).

(1) Valores deflacionados mês a mês pelo IGP/DI da FGV

(2) Não incluído valor de R\$ 1.782 milhão correspondente à dívida do Ministério da Saúde, amortizada diretamente pela Secretaria do Tesouro Nacional.

A análise da evolução dos gastos, segundo a instância de governo, revelou que a participação dos municípios cresce no período, em contrapartida a diminuição do governo federal e estadual, graças à municipalização na saúde. No cômputo geral, houve um crescimento dos gastos públicos em saúde, entre 1994 e 1996, próximo a 14%.

Tabela - 27
Evolução do gasto público com saúde, segundo instâncias de governo, sob a ótica da origem

Instância	1994		1995		1996	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%
União	14.768	60,7	17.514	63,8	14.980	53,7
Estados	5.384	22,1	5.153	18,8	5.166	18,5
Municípios	4.189	17,2	4.785	17,4	7.738	27,8
Total	24.341	100,0	27.452	100,0	27.884	100,0

Fonte: Sergio Francisco Piola e Geraldo Biasoto Júnior/ Siafi/Sidor. Elaboração Ipea/Disoc. (2001).

Somado aos gastos restritos na área da saúde é importante lembrar que o nível federal, entre 1980 e 1992, era responsável por cerca de 70% dos recursos para a saúde, conforme o Mapa da Saúde no Brasil³⁰. Em 1989, primeiro ano de existência do SUS, o gasto público federal em saúde foi da ordem de US\$ 11,3 bilhões, o que representou gasto per capita/ano de US\$ 80,32. A partir daí, esses gastos caíram para US\$ 9,4 bilhões em 1990, para US\$ 7,8 bilhões em 1992, até atingirem, em 1993, US\$ 7,5 bilhões.

Essa dependência em relação aos recursos federais e das verbas do Ministério da Saúde fragilizam o sistema, pois as oscilações desses recursos comprometem a própria sobrevivência do sistema. De 2000 a 2004, os gastos públicos com saúde cresceram 2,9 vezes nos Estados, 2,2 vezes nos municípios e apenas 1,6 vezes na União. Para agravar a situação, em 2004, R\$ 3,5 bilhões do Orçamento do Ministério da Saúde para 2004, foi destinado para outros programas do governo, como Fome Zero. Em julho de 2004 foi vetado o artigo 59 da Lei de Diretrizes e Bases de 2004, que impedia o cômputo de despesas previdenciárias, serviços da dívida e despesas como o Fundo de Combate a Erradicação da Pobreza como gastos em ações e serviços públicos de saúde. Todavia, o novo projeto de Lei do

30 Panorama Setorial da Gazeta Mercantil. 1999.

Orçamento, manteve o Fundo de Pobreza como gastos de saúde. Essa medida retira recursos diretos para as ações de saúde.

A consolidação do Sistema Único de Saúde passa necessariamente pela garantia de financiamento contínuo desses serviços. Ainda que seja uma responsabilidade das três esferas de poder: municipal, estadual e federal, esta última, constitui-se na principal fonte de recursos para essa atividade. Em relação ao financiamento da saúde pública (Sistema Único de Saúde), a Constituição de 1988 definiu que esse sistema fosse financiado com recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS), da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios, além de outras fontes.

Conforme André Médici (1994:71), os gastos federais com saúde foram financiados, até 1990, com recursos do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS). Em 1991, a principal fonte era o Orçamento de Seguridade Social (OSS) que tinha nas contribuições compulsórias de empregados e empregadores sua principal receita. Em 1994 e 1995, as contribuições provenientes do OSS deixaram de ser repassadas, e os orçamentos ficaram na dependência de recursos fiscais e de recursos do Fundo Social de Emergência (FSE). Desde 1993, os principais recursos destinados ao Ministério da Saúde são originários das Contribuições Sociais, tais como a Contribuição para o Financiamento da Seguridade

Social (Confins) e da Contribuição sobre o Lucro Líquido de Empresas (CSLL). Em 1994, foi criado o Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF)³¹, rebatizado, em 1996, como Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF). Porém, com a criação da CPMF outras fontes de receita do Ministério da Saúde foram sendo reduzidas. Como adverte Carmem Ligia Torres (1998: A-4), o que deveria ser um adicional está substituindo a parcela das contribuições do Confins e da CSLL. Desse modo, em 1996, sem a CPMF, a participação desses dois impostos (Confins e CSLL) no orçamento foi de 61,56%, ou R\$ 8,8 bilhões. Em 1997, o percentual caiu para 31,51%, ou R\$ 6,9 bilhões. Em 1998, um novo golpe atinge os recursos da saúde, quando a CPMF, deixou de ser exclusiva para a área da saúde.

Essa dança das fontes financiadoras compromete profundamente o pleno funcionamento do SUS, mostrando a ausência de um projeto comprometido com os lugares. A acelerada transferência para os municípios dos serviços públicos de saúde sem a garantia do financiamento faz com que as reivindicações e protestos da população contra o descaso que se deparam no seu cotidiano na área da saúde acabem por se manifestar junto ao poder público municipal, incapacitado de atender aos reclamos populares. Estabelece-se, dessa forma, uma

31 Adib Jatene, primeiro ministro da saúde do governo de Fernando Henrique Cardoso, propõe a criação do Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF), em 1994.

tensão permanente nos lugares.

Numa tentativa de solucionar os impasses em relação ao orçamento da saúde surge, em 1993, a Proposta de Emenda Constitucional 169 (PEC 169) de autoria de Eduardo Jorge e Waldir Pires do Partido dos Trabalhadores (PT). Outras tentativas foram realizadas, até que em agosto de 2000, surge a Emenda Constitucional nº 29, que estabeleceu fontes estáveis para o sistema. Por essa emenda, estados e municípios deveriam destinar pelo menos 7% das receitas e impostos e transferências constitucionais para a saúde. Esse percentual deveria ser aumentado, até atingir, em 2004, 12% no caso dos estados e 15% no caso dos municípios. Como mostra o Cremesp (2004), apesar da relevância da regulamentação da EC 29, segue lenta sua tramitação no Legislativo. O último registro importante em 2004 foi na Comissão de Finanças e Tributação da Câmara dos Deputados que aprovou, em novembro, parecer favorável ao projeto de lei complementar (PLC 1/2003) de autoria do deputado Roberto Gouveia (PT-SP) que regulamenta a Emenda Constitucional. Com a sua aprovação o gasto anual da saúde corresponderá a 10% das receitas correntes da União. Como já está definido na EC 29, o PLC reforça que os Estados deverão aplicar em saúde 12% da receita obtida com o ICMS e IPVA e também com os repasses da União relativos à arrecadação do Imposto de Renda, deduzidas as

transferências aos municípios. Já os municípios e o Distrito Federal deverão aplicar em saúde 15% da arrecadação com o IPTU e de outros impostos municipais, além dos repasses da União relativos à arrecadação do Imposto de Renda. Haverá um acréscimo de 8 bilhões por ano no orçamento da saúde³².

O descumprimento da Emenda Constitucional 29, que obriga a investir um percentual mínimo de suas arrecadações na saúde foi constatado pelo Ministério da Saúde. Em 2003, esse percentual era, em média, 11% da receita. No geral, dos 5.539 municípios sobre os quais o Ministério da Saúde tinha dados, 58,8% (3.255) cumpriram a lei, mas os outros 41,2% a ignoraram: 592 municípios investiram abaixo do previsto, 1.621 não prestaram contas referentes àquele ano (o que também é uma exigência da Emenda 29) e 71 nunca prestaram contas, em ano algum. Em relação aos Estados nenhum apresentou suas contas de 2003 e, pelos números de 2002, 16 dos 27 governadores - 59,3%, portanto - aplicaram menos do que deveriam em saúde pública (Diário do Pará: 01/09/2004).

Como foi redigida a EC 29, não há dúvida quanto à base de cálculo dos percentuais dos estados e municípios. Em relação à União o texto deu origem a uma acirrada disputa entre os ministérios da saúde e da fazenda.

³² “Com isso, dos atuais 70 centavos de reais gastos por cidadão/dia na saúde, poderemos chegar, pelo menos, aos 83 centavos. Valor ainda pequeno para atender desde vacinação até os procedimentos de alta complexidade em todo o país”, afirma o deputado Roberto Gouveia, autor do projeto.

Como mostra Rosa Maria Marques e Áquilas Mendes (2001), para o Ministério da Saúde, o ano base para efeito da aplicação adicional de 5% previsto para a União, seria o de 2.000, sendo que o valor apurado para os demais anos é sempre do ano anterior, ou seja, calculado ano a ano. Já para o Ministério da Fazenda, o ano base seria o 1999, somente acrescido das variações nominais do PIB ano a ano. A diferença de interpretação da emenda resultou numa ação judicial, na qual a Advocacia Geral da União (AGU) deu ganho de causa ao Ministério da Fazenda, com isso 1,19 bilhão não foram consagrados no ano de 2000 para o Ministério da Saúde, valor que foi destinado, porém, ao cumprimento das metas de geração de *superávit* impostas pelo FMI³³. Essa quantia permitiria que, por exemplo, o Ministério da Saúde dobrasse os recursos do Programa Agentes Comunitários em relação ao executado em 2000. Esse quadro acima mostra a ausência de uma política que vincule permanentemente o financiamento para os serviços de saúde, acarretando insegurança em relação à consolidação do Sistema Único de Saúde e, principalmente, mostra a subordinação da política aos interesses econômicos.

Os recursos escassos e a falta de uma definição em relação às fontes financiadoras são problemas permanentes da saúde pública no país. Junta-se a isso a questão da renúncia fiscal que agrava ainda mais

33 Gazeta Mercantil – 01/10/2001

esses problemas. A saúde suplementar desse modo, vista como um sistema independente dos serviços públicos tem se beneficiado amplamente das isenções dadas pelo poder público, como veremos no próximo capítulo.

Capítulo 7

Interesses privados - o complexo médico empresarial e os impasses para a consolidação do SUS

7.1 – Os riscos para a saúde pública – o complexo médico empresarial e o sistema financeiro

O crescimento da população urbana, no decênio de 1980 e as alterações que vinham ocorrendo no seio da Previdência acabaram por fortalecer o complexo médico-empresarial. Desde a década de 1970, a previdência social passou por mudanças, entre as quais podemos apontar o atendimento de urgência a qualquer pessoa contribuinte ou não do Instituto da Previdência. Isso provocou, em 1977, estouros orçamentários no sistema previdenciário exigindo, de um lado, maior racionalidade do sistema e, de outro lado, provocou uma queda na qualidade de atendimento médico hospitalar, levando as camadas médias a buscar no complexo médico empresarial um melhor atendimento. Paradoxalmente, o sistema previdenciário que já havia impulsionado enormemente a assistência médico-hospitalar privada, ao enfrentar problemas

financeiros, acaba por engendrar um mercado de consumo para os planos de saúde, que se caracterizava pela sua natureza mercantil, redundando no fortalecimento da denominada assistência médica complementar (Ligia Bahia: 2001a).

Esse crescimento da demanda pelos serviços de saúde, não passou despercebido pelo sistema financeiro, e nos 80, os planos privados de saúde cresceram atrelados ao capital financeiro.

Conforme Hésio Cordeiro (1985a:38), os grandes conglomerados financeiros na década de 1980, estimavam que o mercado potencial para os seguros médicos era de 2,5 a 3 milhões de famílias, situadas na faixa de dez ou mais salários-mínimos de renda mensal. As áreas metropolitanas alavancaram, sobremaneira, o mercado de seguros médicos. As classes médias foram fundamentais para a consolidação dos serviços privados de saúde, sobretudo das regiões sudeste e sul do país, já que nelas estavam uma expressiva porcentagem da população com ganhos acima de 10 salários mínimos. São Paulo, Curitiba, Porto Alegre e Rio de Janeiro concentram a parcela da população com maiores ganhos, como se pode observar na tabela abaixo relacionada:

Tabela - 28**Brasil - Participação Relativa da População das Regiões Metropolitanas
Nas Classes de Rendimentos - 1981 A 1996 – Em %**

R.M.	10 a 20 s.m.			mais de 20 s.m.	
	1981	1990	1996	1990	1996
Belém	2.3	3.8	3.7	2.7	2.4
Fortaleza	2.7	2.7	2.7	1.5	1.5
Recife	2.3	2.7	2.7	1.7	1.5
Salvador	4.1	3.9	3.3	2.7	2.4
Belo Horizonte	3.8	4.1	4.0	2.8	2.8
Rio de Janeiro	4.5	4.4	5.2	2.7	2.7
São Paulo	5.1	6.5	6.5	4.0	4.0
Curitiba	4.0	5.3	6.0	2.8	3.8
Porto Alegre	5.0	5.7	5.7	3.6	3.4

Fonte: PNAD – 1981, 1990 e 1996.

Como mostra Hésio Cordeiro (1985a), a entrada do capital financeiro no complexo médico-empresarial permitiria a seus agentes a ampliação de novas formas de captação de recursos para o sistema, introduzindo uma nova subordinação do setor saúde às especulações financeiras.

O sistema bancário brasileiro concentrava-se, desde a década de 1960, sobretudo, nas regiões Sudeste e Sul do país³⁴. Desse modo, o fortalecimento do complexo médico-empresarial esteve associado à própria concentração do meio técnico-científico nessas regiões, mais

³⁴ Em 1963, as regiões Sudeste e Sul concentravam 256 das 326 sedes de bancos do país, ou seja, 78,52%. No estado de São Paulo localizava-se 102 sedes de bancos (31,28%) e no Rio de Janeiro 97 sedes (27,75%) totalizando 59% do total de sedes. Em 1970, o país contava com 192 bancos, dos quais 119 tinham suas sedes no Sudeste e, 17 no Sul. Essas duas regiões juntas detinham 71,87% das sedes de bancos. No estado de São Paulo estavam 65 sedes de bancos e no Rio de Janeiro 35, o que representava 52% do total nacional. Em 1996, eram 222 sedes de bancos. O Sudeste detinha cerca de 80% dos bancos do país, sendo que somente São Paulo possuía 50% e Rio de Janeiro 22%.

especificamente em suas metrópoles que abrigavam as atividades modernas. Por conseguinte, as maiores demandas por serviços de saúde estiveram atreladas à presença mais expressiva das classes médias, e ao próprio dinamismo do mercado de trabalho que demandava serviços de saúde que se consolidaram no seio da Previdência Social, ao mesmo tempo em que permitia que os nexos com o sistema financeiro se intensificassem nessa parcela do território brasileiro, reafirmando a saúde como um negócio extremamente lucrativo.

7.2 Benemerência pública para o Sistema Privado de Saúde

O sistema privado de assistência médica suplementar desempenha a função de prestação de serviços de saúde que não são remunerados diretamente pelo setor público. O usuário desse sistema complementar tem a opção de pagar pelo acesso à assistência médica, a despeito da manutenção de seu direito de acesso gratuito ao Sistema Único de Saúde. Os serviços privados podem ser identificados pelos seguintes segmentos:

Quadro – I
Segmentos do mercado de serviços privados de saúde

Privado	Clinicas (ambulatoriais e de exames complementares para diagnóstico) e hospitais (lucrativos e filantrópicos) contratados pelo setor público e que vendem serviços pra atendimento de uma clientela diferenciada.
Médico-Assistencial das empresas	Atendimento, por meio de diversas modalidades, a clientelas específicas vinculadas ao mercado formal de trabalho.
Médico-Assistencial das famílias	Atendem a indivíduos e/ou famílias que voluntariamente compram serviços diretamente aos prestadores ou estabelecem contratos por meio de planos e seguros de saúde.
Beneficiário filantrópico	Voltados para clientelas abertas e fechadas.

Fonte: André Médiçi, 1992, Célia Almeida, 1998.

A partir do final da década de 1960, surgiram as principais formas institucionais de compra e venda de serviços privados de assistência médica, (Almeida, Célia: 1998; Bahia, Ligia: 2001; Sulamis Dain, et al: 2001, Duarte, Cristina M.R. :2001, Ribeiro, José Mendes, 2001):

1. Medicina de Grupo – denominados convênios médico-hospitalares, se constituem por empresas médicas que administram planos de saúde para empresas³⁵, indivíduos ou famílias, e trabalham com vários tipos de planos. Três tipos de operadoras de planos podem ser identificados:

- As operadoras que não possuem rede própria
- As que possuem rede própria
- As associadas aos hospitais filantrópicos

³⁵ “Nos planos destinados a pessoas jurídicas, a característica é a adesão automática dos empregados, quando os custos são pagos integralmente pelo empregador; no caso dos custos serem rateadas entre empresa e trabalhador, a vinculação ao plano é opcional” (Célia Almeida:1998:7).

É a forma dominante no mercado, prevalecendo o sistema de pré-pagamento, em que os beneficiários pagam antecipadamente e, em geral, só tem acesso a determinados prestadores de serviços previamente especificados. Tem uma abrangência regional, e os maiores grupos atuam nas grandes cidades. A maioria das empresas de medicina de grupo (73%) é de pequeno porte (menos de 100 mil beneficiários), e as grandes contam com mais de 500 mil usuários. A maior parte dos beneficiários de Medicina de Grupo está localizada nas regiões Sul e Sudeste e apenas o estado de São Paulo representa 42% deste segmento de mercado. A Região Metropolitana de São Paulo representa o maior mercado para o sistema de Medicina de Grupo, calculado em R\$ 3,6 bilhões.

Nos pequenos municípios do interior e em municípios menores surgiram pequenas empresas de medicina de grupo. Esses planos, segundo Ligia Bahia (1999), são ofertados por hospitais filantrópicos, como é o caso da Confederação das Misericórdias do Brasil, com 360 hospitais.

Quadro – II
Cinco maiores empresas de medicina de grupo, conforme localização da sede e sua abrangência Brasil - 1999.

Empresa	Ano de início	Localização da Sede/Abrangência	Número de Clientes
AMIL	1981	RJ/SP,DF,PR,PE	800.000
INTERMÉDICA	1968	SP (atende clientes de empresa fora da sede)	600.000
INTERCLÍNICAS	1964	SP (atende clientes de empresa fora da sede)	600.000
MEDIAL	1966	SP (atende clientes de empresa fora da sede)	480.000
AMICO	1961	SP (atende clientes de empresa fora da sede)	400.000

Fonte: Ligia Bahia, 2001.

A crescente demanda do setor produtivo e as diversificações da clientela aliada aos incentivos do Estado criaram essa perspectiva empresarial. As entidades representativas são: Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE); Federação Brasileira dos Hospitais (FBH); Sindicato Nacional de Auto-Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo (CONAMGE), Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (SINAMGE). Conforme dados da ABRAMGE, a Medicina de Grupo era composta, em 1998, por 740 empresas que contavam com 225 hospitais próprios e 4.000 credenciados, com 20.900 leitos próprios e 363.000 credenciados. Atendiam a uma clientela de 18,3 milhões usuários, faturando US\$ 3,9 bilhões.

Cerca de 80% dos planos comercializados são patrocinados por empresários para trabalhadores e dependentes (14,6 milhões) e 20% dos planos são individuais (3,7 milhões). O convênio empresa é uma vitrine para a incorporação de clientes ao setor privado.

2. Cooperativas médicas - é a modalidade em que os médicos são simultaneamente sócios e prestadores de serviços e recebem pagamento de forma proporcional à produção de cada um (isto é, tipos e quantidade de atendimentos), valorada segundo a tabela da Associação Médica Brasileira (AMB), participando, também, do rateio do lucro final obtido

pelas unidades municipais. Além dos serviços dos próprios cooperados, operam também os chamados convênios médico-hospitalares, com rede própria crescente. A UNIMED, criada em 1967, representa a quase totalidade desse segmento do mercado, e apresentou importante crescimento no final da década de 1980, com a difusão em todo o território nacional e representações regionais. Em geral, comercializam planos de saúde em regime de pré-pagamento, ou, eventualmente, de pagamento por custo operacional (despesas por atendimentos efetivamente realizados, acrescidas de taxa de administração). Não há alternativa para o sistema de livre escolha com reembolso. A Confederação das UNIMED é a entidade de representação nacional.

Conforme dados da UNIMED, em 2000, existiam 364 cooperativas operando em 4.000 municípios (80% do território nacional). Neste ano, contava com 53 hospitais próprios e 3.560 credenciados. O número de leitos próprios era mais de 3.000. Possuem cerca de 86 mil médicos cooperados para 11 milhões de clientes. O faturamento, em 1998, foi de US\$ 3,5 bilhões de dólares. Em 1998, dos 10.671 mil clientes registrados pela UNIMED, 3.647 mil eram de São Paulo, cerca de 4.000 mil de Minas Gerais, Santa Catarina, Paraná e do Rio Grande do Sul.

Em termos municipais as maiores UNIMEDS estão na cidade de Campinas interior de São Paulo (448 mil clientes, ou 50% do total da

população desta cidade), além do próprio município de São Paulo, onde estão 400.000 associados (Maria da Graça Derengowski e João Francisco Fonseca:2003).

3. Planos Próprios de Empresas ou autogestão: são aqueles em que as empresas ou administram programas de assistência médica para seus funcionários (autogestão) ou contratam terceiros para administrá-los (co-gestão ou planos de administração, administrados através de empresas de Medicina de Grupo ou Cooperativa Médica). Na maior parte dos casos das empresas/instituições estatais e da administração pública os programas são geridos pelas próprias empresas ou por instituições privadas sem fins lucrativos (caixas e fundações), promovidas e mantidas pelas empresas/instituições (patrocinadoras) juntamente com os funcionários. Na autogestão, a empresa, no geral, arca com a maior parte dos custos do atendimento médico e hospitalar. Mas o empregado tem a sua cota de participação³⁶. Os programas de autogestão foram os que mais cresceram no final da década de 1980. As entidades representativas são a Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas (ABRASPE) e o Comitê de Integração de Entidades Fechadas de

36 Na Volvo, o funcionário paga 20% do valor da consulta, o equivalente a R\$ 5. No caso de internações, a responsabilidade é toda de companhia. Na Scania, a consulta sai por R\$ 2,00 para o funcionário e R\$ 5 para os dependentes, mas nenhum beneficiário desembolsa mais do que R\$ 130,00 (funcionário) e R\$ 280,00 (dependente), teto máximo de participação. Na Refinaria de Milho Brasil, as despesas com saúde dos 10 mil beneficiários estão limitadas a 10% do salário (Gazeta Mercantil 23/04/1998).

Assistência à Saúde (CIEFAS). Segundo essas entidades, em 1998, essa modalidade era constituída por 300 empresas, que movimentavam US\$ 4,6 bilhões de dólares. O número de usuários era de oito milhões. O atendimento realizado por uma rede credenciada que contava com 1.000 hospitais e 50.000 leitos. Não contam com hospitais próprios.

São exemplos de autogestão pública a CASSI (Banco do Brasil), a CAMED (Banco do Nordeste), PAMS (Caixa Econômica Federal). Entre as empresas de autogestão privadas temos a PLAMTEL (Telesp Celular), ABET (empregados do setor de telecomunicações).

As empresas de autogestão têm interiorizado a assistência suplementar. O Banco do Brasil, por exemplo, que atua nacionalmente, leva a Cassi a comprar serviços hospitalares, laboratoriais e de atendimento médico em todos os estados, ao contrário dos outros segmentos que se concentram nas cidades grandes e de porte médio (Gazeta Mercantil:23/04/1998).

4. Seguro-Saúde: caracteriza-se pela intermediação financeira de uma entidade seguradora que cobre ou reembolsa gastos com assistência médica, ao prestador ou ao segurado, segundo as condições estabelecidas em contrato. As seguradoras não seriam prestadoras de serviços, mas cobririam os custos por ocasião dos sinistros relativos à saúde, segundo a

apólice de seus segurados. Os produtos das seguradoras são apólices, que se transformam em prêmios pagos aos beneficiários do sistema de acordo com o valor de ressarcimento estabelecido em contrato. A entidade representativa é a Federação das Empresas de Seguros Privados e Capitalização (FENASEG). Conforme essa entidade, em 1997, eram quatro milhões de usuários, atendidos por cerca de 40 empresas, com um faturamento de 4 bilhões de dólares. O número de hospitais e leitos credenciados era de 4.000 e 300.000 respectivamente. A doença é tratada como um sinistro entre as seguradoras. A Bradesco Seguro-saúde e a Marítima são algumas das seguradoras.

Em relação à população coberta é possível constatar o crescimento significativo dos serviços de saúde privados. Entre 1987 e 1998, no total houve um crescimento de 87,94%. O segmento que mais cresceu foi de seguro-saúde (562,50%), seguido pelo de administração (466,66%) e pelas cooperativas (214,28%). A medicina de grupo cresceu 36,92% e a autogestão 31,25%.

Tabela - 29

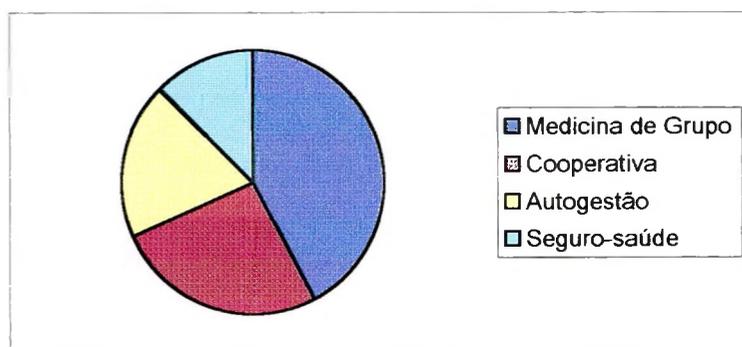
População coberta por tipo de plano de saúde - 1987/1998

Tipo de Plano	1987	1989	1991	1992	1993	1998
Medicina de Grupo	13.000.000	15.000.000	13.500.000	15.000.000	16.000.000	17.800.000
Cooperativa	3.500.000	7.300.000	8.000.000	8.000.000	8.500.000	11.000.000
Autogestão	4.800.000	7.500.000	5.000.000	5.100.000	5.200.000	6.300.000
Administração	300.000	400.000	770.000	1.400.000	1.700.000	1.700.000
Seguro-saúde	800.000	940.000	1.230.000	2.500.000	3.000.000	5.300.000
Total	22.400.000	31.140.000	28.500.000	32.000.000	34.400.000	42.100.000

Fonte: Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços/ Amélia Cohn, Paulo E. Elias - São Paulo: Ed. Cortez: CEDEC. 1998.

Entretanto, quando analisamos a distribuição da população segurada por tipo de plano de saúde, constatamos que a medicina de grupo continua a abarcar a maior parcela do mercado de planos de saúde (42,28%), seguido pelas cooperativas (26,13%), administradoras (19%) e seguro-saúde (12,5%).

Gráfico 1 – População coberta - por tipo de plano de saúde - 1998



Ora, o fortalecimento do mercado dos serviços médico-hospitalares não foi indiferente, como já vimos, as mudanças que estavam ocorrendo no território e na sociedade brasileira. As parcelas mais dinâmicas do território brasileiro têm concentrado a oferta desses serviços. Conforme a Agência Nacional de Saúde (ANS), existiam em todo o país 2.725 operadoras de seguros:

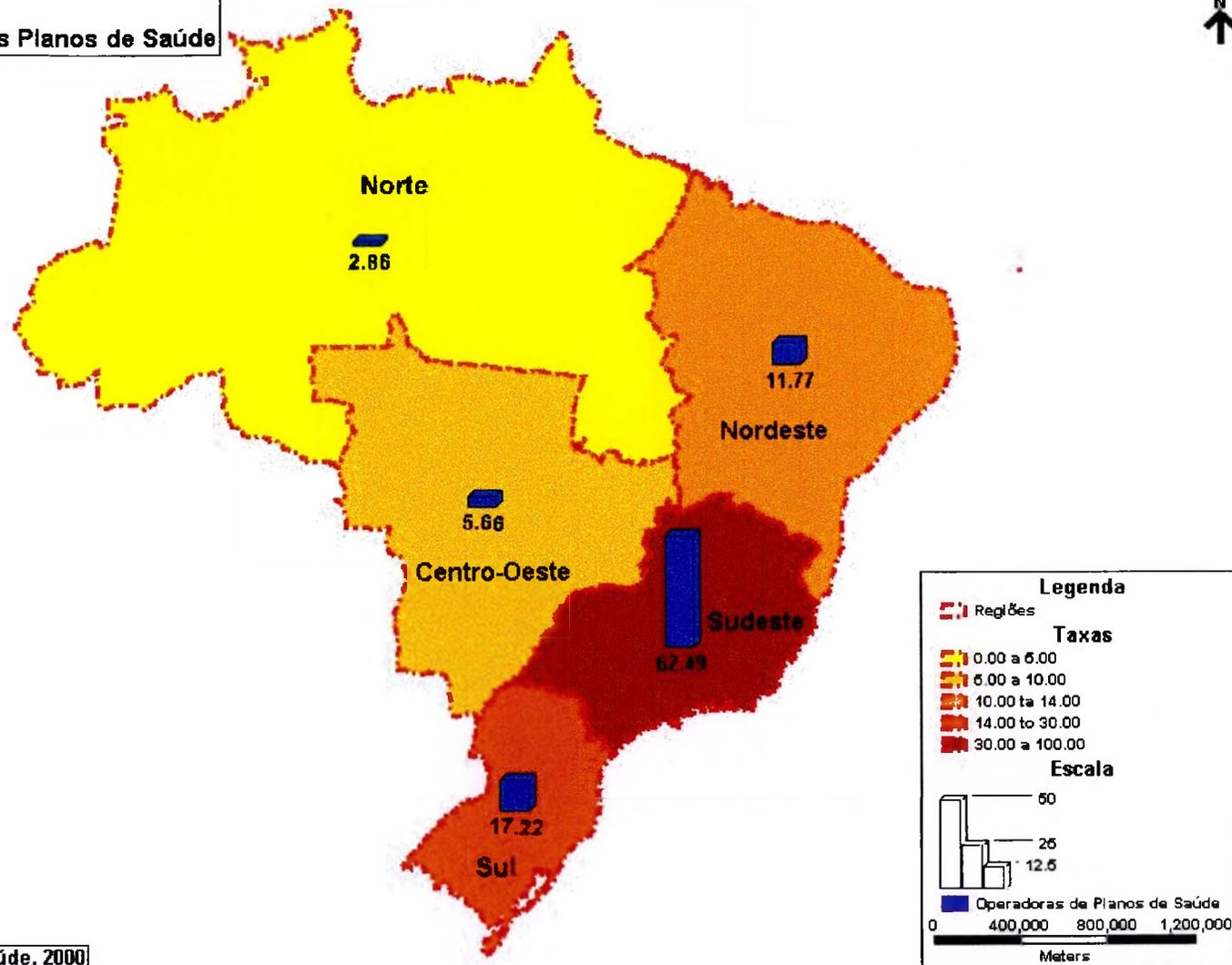
Desse total, em 2000, a região Sudeste detinha 62,49% das sedes das operadoras de planos de saúde, das quais 35,77% no estado de São

Paulo. O Sul possuía, a segunda maior concentração de operadoras (17,22%), seguida pelo Nordeste (11,77%), centro-oeste (5,66%) e norte (2,86%), como podemos observar no mapa 1.

Concomitante as mudanças econômicas, territoriais, firma-se na sociedade a ideologia do consumo. As classes médias presentes, especialmente, nos grandes centros urbanos exerceram um papel motor para a expansão de novas formas de consumo.

Graças à intensificação dos investimentos na região concentrada, mas também, em menor proporção para outras regiões, expandiram-se às ligações entre importantes centros urbanos e suas áreas de influência, aumentando os nexos entre os principais mercados consumidores do país. Por outro lado, a crescente informatização territorial beneficiou a ampliação do mercado de consumo dos planos de saúde que cresce não apenas nas capitais dos estados, mas em direção as cidades que apresentam um maior dinamismo econômico. Isso tem possibilitado a interconexão de diversos agentes. Empresas como a *Unimed*, *Amil*, *Golden Cross*, *Interclínicas*, *Blue Life*, por exemplo, elucidam a articulação desse mercado vertical, possibilitado pelas novas redes disponíveis no território. Essa rede *on-line* movimenta um imenso

Mapa 1
Sedes de Operadoras dos Planos de Saúde



Fonte: Agência Nacional de Saúde, 2000

mercado de convênios médicos, indústrias farmacêuticas, redes de farmácias, cartões de crédito e consumidores. É neste contexto que se expandem, principalmente na década de 1990, o serviço individual de saúde privada. Em 1993, o mercado de planos de saúde movimentou cerca de U\$ 2 bilhões de dólares. A lucratividade das empresas, entretanto, não foi acompanhada pela qualidade no atendimento prestado aos usuários. As operadoras de planos de saúde têm recebido inúmeras reclamações através das entidades de defesa dos consumidores, como os Procons e o Instituto de Defesa do Consumidor³⁷ (Idec), além dos meios de comunicação.

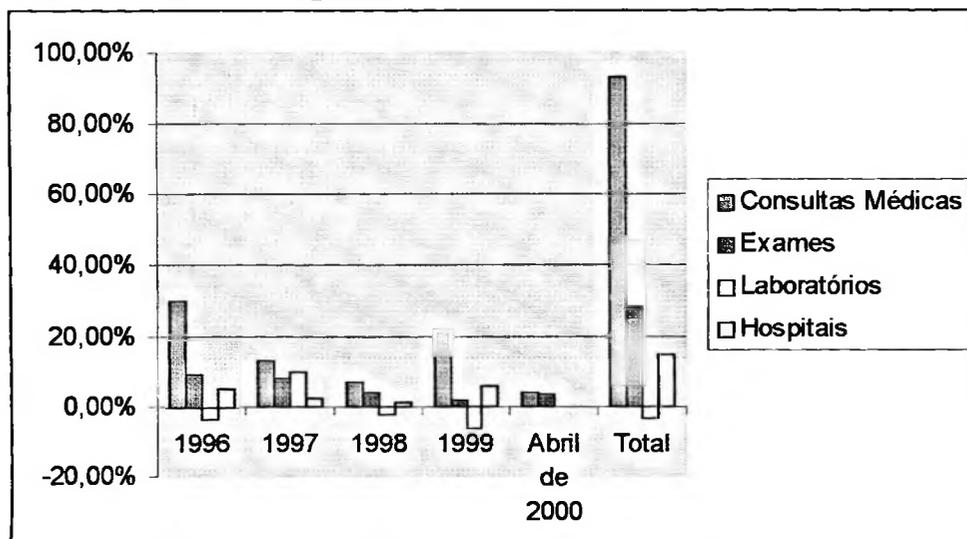
O acelerado crescimento desses serviços esteve vinculado à própria ausência de uma regulamentação do governo e na crença de que os serviços privados teriam uma qualidade superior aos públicos. A mercantilização das relações entre usuários e as empresas mostrou-se extremamente desvantajosas para os primeiros, avolumando-se as denúncias de exclusão de doenças e lesões preexistentes, além da falta de clareza nos contratos e as crescentes dificuldades dos idosos para adquirir ou mesmo se manter nos planos contratados.

37 O Idec divulgou uma pesquisa, realizada junto às empresas Amil, Blue Life, Bradesco Saúde, Centro Transmontano, Golden Cross, Interclínicas, Intermédicas, Porto Seguro Saúde, Saúde Unicolor, Sul América Seguro e Unimed Paulista, em setembro de 2000 (O Estado de São Paulo), apontando a ausência de clareza dessas empresas sobre os critérios de reajuste dos planos de saúde, a inexistência de aviso de que o consumidor será notificado no 50º dia de atraso do pagamento, exclusão de coberturas garantidas por lei, omissão na obrigatoriedade de avisar o consumidor quando há descredenciamento de médicos, hospitais e laboratórios.

O tamanho do mercado para os planos privados e a ausência de clareza nos contratos brindou as operadoras com enormes lucros. Em 1998, através da lei 9.656, foi criada a Agência Nacional de Saúde (ANS), cujo objetivo era regulamentar o mercado de serviços privados de saúde.

Mesmo após a criação da ANS as reclamações em relação aos planos de saúde continuaram a crescer. Em pesquisa realizada pelo Dieese comprovou-se o aumento abusivo das mensalidades por parte dos planos de saúde. A pesquisa analisou dados de 1996 a abril de 2000 e constatou o impacto dos preços aos usuários de quatro importantes itens da planilha de custos: consultas médicas, exames, laboratórios e hospitais.

Gráfico 2- Custos dos serviços médico-hospitalares e seus impactos nas mensalidades dos usuários de planos de saúde - 1996/abril 2000



Em 1999, registram os aumentos desses quatro itens, que ocorrem justamente após a criação da ANS. Outrossim, as entidades médicas estão insatisfeitas com os planos de saúde. A Associação Médica Brasileira (AMB) realizou uma pesquisa abrangendo todas as regiões brasileiras, entrevistando 2.160 médicos, dos quais 93% dizem que os planos interferem em sua autonomia, nos seguintes procedimentos:

- 82,2% - restrições a doenças preexistentes
- 72,2% - glosar procedimentos ou medidas terapêuticas
- 69,1% - atos diagnósticos e terapêuticos mediante designação de auditores
- 64% - tempo de internação dos pacientes
- 45% - período de internação pré-operatório

Em pesquisa realizada na cidade de São Paulo, em 2002, com 28 planos e seguros de saúde se constatou que muitas operadoras continuavam a desrespeitar a lei não oferecendo atendimento médico imediato e completo a portadores de doenças preexistentes, como câncer, diabetes e Aids. As empresas que descumpriam os planos e seguros de agravos eram *Bradesco, Blue Life, Golden Cross, Amil, Abesp, Ameno, Life System, MB Assistência Médica, Medic, Plena Saúde, Santa Amália,*

*Medivid, Sermed*³⁸. Conforme a Fundação Procon (2004), as operadoras de planos privados de assistência à saúde têm negado o atendimento aos consumidores em situação caracterizada como de emergência e urgência, este último, relacionados a complicações no processo gestacional, nos casos em que o consumidor não tenha cumprido os 6 (seis) meses de carência para internações. (Resolução Consu, nº 13 de 04/11/98).

Mesmo apresentando todos esses problemas acima relacionados, o poder público continua fortalecendo o segmento privado da saúde através da renúncia fiscal e como enfatiza Sulamis Dain (2001), isso ocorre sem gerar relações de reciprocidade e de convergência com as prioridades da política governamental para a saúde. As cooperativas, por exemplo, têm uma estrutura jurídica própria (lei nº 5.764/71), sendo consideradas sociedades que não geram obrigações tributárias. No caso, das cooperativas médicas, como as Unimeds, não há incidência do ISS, Confins, PIS-PASEP, IRP e CSLL sobre suas atividades. Algumas dessas isenções, como o Confins e o ISS são fontes financiadoras do SUS.

38 O avanço em relação à regulamentação das operadoras pela Agência Nacional de Saúde contempla entre outros aspectos: a proibição de exclusão de pessoas em função da idade e das condições de portador de deficiência física, estabelecimento de limites de exclusão de doenças e lesões preexistentes; em caso de doenças preexistentes, os planos e seguros são obrigados a oferecer duas opções – a cobertura parcial temporária com carência de dois anos para diversos procedimentos relacionados à doença preexistente, como cirurgias ou planos e seguros com agravado, onde o cliente terá acrescido um valor na mensalidade do plano em razão da doença preexistente. A proibição de suspensão ou rescisão do contrato pela operadora durante a internação hospitalar; garantia dos atendimentos de emergência (os que implicam em risco imediato à vida ou lesões irreparáveis) e urgência (decorrentes de acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional), de acordo com a lei 9.656/98 – artigo 35-C, devendo ter cobertura sem restrição, após 24 horas da assinatura do contrato; a garantia dos trabalhadores de usufruir os planos de saúde, após deixar o emprego, extensivo aos dependentes, por período variável de 6 a 24 meses.

As entidades filantrópicas são outro segmento em que incidem isenções tributárias (ISS, Confins, PIS-PASEP, IRPJ e CSLL). Em 10 maio de 1999, a isenção havia sido suspensa, quando a lei de filantropia foi regulamentada, permanecendo a isenção da contribuição previdenciária apenas para as entidades que promovem exclusivamente assistência social ou, no caso da saúde, que têm pelo menos 60% de seu atendimento dirigido a pacientes do SUS. Todavia, a Confederação Nacional de Saúde que representa as Santas Casas e hospitais beneficentes entrou com uma ação de inconstitucionalidade no Supremo Tribunal Federal, que restabeleceu a isenção das entidades filantrópicas.³⁹. Estima-se que o governo deixe de arrecadar R\$ 5 bilhões devido à renúncia previdenciária.

A dedução do imposto de renda de pessoas físicas e jurídicas que consomem planos privados de saúde é mais um dos incentivos do Estado e que acabam por onerar o financiamento público da saúde. As pessoas físicas podem deduzir despesas com médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e hospitais. Exames laboratoriais, serviços radiológicos, aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias, conforme reza a lei nº 9.250/95, Art. 8,

39 O total de isenção anual das cerca de 7 mil instituições filantrópicas que possuem o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (Cebas), incluídas as de educação (colégios, faculdades), saúde (hospitais, Santas Casas) e assistência social (Apaes, asilos) é de R\$ 2,4 bilhões. As 350 maiores entidades com isenção representam 76% do total da renúncia (O Globo: 7/6/2004 Vale tudo para driblar a lei e a fiscalização)

RIR/99, Art. (80). As pessoas jurídicas deduzem o imposto em relação aos gastos com serviços de assistência médica, odontológica, farmacêutica e social, destinados a todos os seus empregados e dirigentes (lei n. 9249/95, Art.13; RIR/99, Art.360). Se considerarmos os financiamentos com juros subsidiados dados pelo governo para a construção dos hospitais e a compra de equipamentos médicos veremos que o poder público é o grande incentivador e provedor da medicina privada. A situação torna-se mais grave, quando analisamos as diversas denúncias de omissões no atendimento médico-hospitalar realizado pelos planos de saúde e que acabam sendo atendidos na rede pública, mesmo após a legislação de 1998 da Agência Nacional de Saúde. Geralmente os tratamentos mais dispendiosos são realizados pelos serviços públicos de saúde. O SUS é o principal responsável pelos tratamentos de diálise, sejam eles realizados em unidades dos serviços públicos ou privados. As unidades privadas correspondem a 72% dos centros de diálise no país, seguidas pelas unidades filantrópicas com 16%. Os convênios privados respondem por 5% dos tratamentos, e só recentemente passaram a dar cobertura a esse tipo de serviço, obrigados pela nova legislação sobre os planos de saúde (Paulo Roberto de Sousa Melo et al: 2000). Os transplantes também são majoritariamente realizados pela rede pública de saúde, como informa o Ministério da Saúde (2004), em apenas dez meses, o volume de

transplantes financiados pelo SUS já é maior que o total obtido em 2003 e em 2002. De janeiro a outubro de 2004, foram pagos 9.058 transplantes de órgãos e tecidos. Como as principais usuárias dos serviços privados de saúde as classes médias tornaram-se reféns da política das empresas privadas de saúde e, passaram a conhecer o abandono do poder público a que sempre estiveram submetidos os mais pobres, pois devido à perda de poder político já não pode contar com os volumosos recursos públicos e do mercado destinados a atender e manter o seu bem-estar social. Ao abdicarem da construção da cidadania sofrem os reveses da opção pelo consumo.

7.3 - À sombra do poder público - o sistema hospitalar brasileiro

O sistema de saúde brasileiro ainda está centrado no atendimento hospitalar. O modelo adotado, a partir de 1964, com a chegada dos militares ao poder deu prioridade à medicina privada voltada, mormente, para as ações curativas. O hospital tornou-se, neste modelo, um ícone de atendimento médico para o conjunto da população do país. Entre 1974 e 1980, as consultas hospitalares cresceram 220%, passando de 50 milhões para 160 milhões ao ano (Gazeta Mercantil: 31/03/1999).

Os hospitais brasileiros, em sua grande maioria de natureza privada são vorazes consumidores de recursos públicos. Esses objetos técnico-científicos são extremamente dispendiosos em virtude da constante incorporação tecnológica, da manutenção física dos estabelecimentos, e pela exigência de atualização constante de conhecimento e adoção de serviços especializados. Desde a implantação do SUS, um dos objetivos é justamente a tentativa de se reverter esse quadro. Em 1995, sob o comando de Adib Jatene, o SUS passou a aceitar até 9 habitantes internados/ano para cada grupo de 100 habitantes, ajustando o sistema a padrões internacionais. Estudo realizado, em 1994, pelo Ministério da Saúde mostrava, que a cada dez internações, uma era desnecessária, pois o período de permanência era inferior a 24 horas. As inovações tecnológicas permitem hoje, com maior frequência, a simplificação de diversos procedimentos, não se exigindo mais do paciente sua internação. Várias cirurgias podem ser realizadas em nível ambulatorial, com o paciente regressando ao seu lar no mesmo dia.

Vale lembrar que os gastos com hospitais consumiram, em 1994, cerca de 50% do investimento federal em saúde, caindo, em 1998, para 48%. Entre 1993 e 1998, o número de internações realizadas pelo SUS passou de 14,8 milhões para 11,7 milhões, representando uma queda de 20,95%. Mesmo com a diminuição das internações os valores médios

pagos por internação aumentaram 85% no mesmo período: de R\$ 175 para R\$ 325.

Segundo dados da Revista Exame (09/01/2002), o faturamento anual dos hospitais privados brasileiros gira em torno de R\$ 6 a 8 bilhões de dólares e o mercado privado de planos de saúde que atende cerca de 40 milhões de pessoas, é provavelmente o segundo maior do mundo em número de clientes, atrás somente do norte-americano. Hospitais do Rio de Janeiro como o Barra D`Or e Copa D`Or previam um faturamento conjunto de 200 milhões de reais em 2001.

No Balanço Anual da Gazeta Mercantil de 2001, as dez primeiras instituições que apareceram no ranking dos hospitais mais lucrativos são, em sua grande maioria, hospitais filantrópicos. Essas instituições foram beneficiadas pelo decreto nº 4.327, de 08/08/2002, assinado pelo presidente Fernando Henrique Cardoso, que dizia que os estabelecimentos de saúde, inclusive hospitais, não precisavam mais usar 60% dos seus leitos no atendimento de pacientes do SUS, para garantir o certificado de filantropia, alterando o decreto nº 2.536, de 06/04/1998. Por esse decreto a instituição de saúde que, nos anos de 1998 a 2001, não tenha exclusivamente atingido o percentual de 60% em oferta de serviços ao SUS, “poderá ter seu Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEAS concedido ou renovado, desde que tenha nesse

período aplicado anualmente, em gratuidade, pelo menos 20% da receita bruta proveniente da venda de serviços, acrescida da receita decorrente de aplicações financeira, de locação de bens, venda de bens não integrantes do ativo imobilizado e de doações particulares, cujo montante nunca será inferior à isenção de contribuições sócias usufruídas. É o preceito do artigo 1º do referido Decreto”. Por este decreto as instituições filantrópicas que não reservaram 60% dos leitos aos pacientes do SUS, e que estavam neste período se beneficiando dos incentivos públicos foram novamente contempladas pelo poder público, já que não há garantia da eficácia da fiscalização da gratuidade de 20% dos serviços, como não houve para os leitos que deveriam ser destinados ao sistema de saúde público.

Quadro - III
Ranking dos hospitais brasileiros mais lucrativos

Os 10 hospitais mais lucrativos - 2001
1)Hospital Albert Einstein -SP
2)Beneficência Portuguesa - SP
3)Santa Casa São Paulo - SP
4) N.S. Conceição – RS
5) HCPA - RS
6) Sírio Libanês – SP
7)Santa Marcelina – SP
8)Santa Casa P.Alegre – RS
9)Fundação Zerbini – SP
10)São Cristóvão – SP

Fonte: Gazeta Mercantil - Balanço Anual – Julho/2001 – ano XXV nº 25 Publicação Anual

Como os planos de saúde, também, os hospitais são vistos como um negócio bastante rentável. Como mostra uma reportagem da Gazeta

Mercantil (09/11/1999), a gestão hospitalar está crescendo nos últimos anos no país, recrutando executivos das áreas de recursos humanos, finanças, controladoria e informática, tanto da área de serviços como da indústria. O objetivo é racionalizar o modelo vigente, tornando-o atrativo para os investidores “que só colocam dinheiro em negócio sadio, diga-se lucrativo e com gestão competente”.⁴⁰ Essa nova demanda do mercado tem fomentado o surgimento de cursos de administração hospitalar, como os oferecidos na Ibmecc do Rio de Janeiro e Belo Horizonte. A Fundação Getúlio Vargas foi pioneira oferecendo, há 20 anos um curso, o CEAH (Curso de Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde).

O surgimento de empresas é outra novidade, como a *Hospitalium* que atua na administração hospitalar. Como mostra reportagem da revista Exame (09/01/2002), em 1998, ao se associar a texana *International Hospital Corporation*, criaram o *IHC Hospitalium*, com o objetivo de adquirir e administrar clínicas e hospitais. Em 1999, com um aporte de 21 milhões de dólares, os fundos americanos *Latin Healthcare e Global Environment* entraram como sócios, dando origem a *holding* que incorporou a *IHC Hospitalium – a Vita Participação e*

40 O Hospital Einstein é um dos hospitais que profissionalizou sua gestão. Entre os públicos, o Hospital das Clínicas contratou um executivo responsável por um orçamento anual de R\$ 500 milhões, 13 mil funcionários, dois mil médicos e 10 mil pacientes dia. A terceirização de boa parte dos serviços e renegociação de todos os contratos foi uma das medidas adotadas pelo executivo. A entrada dos planos de saúde no Hospital das Clínicas coincide com a adoção deste modelo de gerência que entende o hospital como um mero negócio. Gazeta Mercantil (09/11/1999).

Empreendimentos. Sediada na cidade de São Paulo, no bairro de Pinheiros, a estratégia do grupo é de adquirir hospitais, reformá-los e padronizá-los. A especialização é uma das metas – conferindo uma imagem de qualidade à instituição, “além de aumentar o faturamento”, já que a enfermagem e os apartamentos pagam os custos fixos. A resolutividade, isto é, que o paciente seja atendido em uma só unidade, evitando os deslocamentos, aumenta a rotatividade dos leitos e conseqüentemente a lucratividade. Segundo seu superintendente administrativo Marcelo de Oliveira Piva, “os dias mais rentáveis são os do início da internação”. Destituída de qualquer ética, a saúde é tratada como um produto a ser comercializado, desse modo, é que o *Hospital Vita* criou o chamado serviço estruturado com logotipo e marketing próprios na cidade de Curitiba, onde há o centro de Medicina do Esporte, voltado para as atividades físicas, “é um produto que lançamos no mercado, como o fazem a indústria e o comércio”, diz sem restrições ou qualquer constrangimento o seu administrador.

O imbricado mercado hospitalar origina novas horizontalidades, como pode ser observado na capital pernambucana. A presença de uma rede hospitalar pode levar ao surgimento de uma gama de serviços que incluem desde laboratórios farmacêuticos, clínicas médicas, até a expansão da rede hoteleira, servindo, ainda, para enaltecer as qualidades

locais, como mostra a reportagem do Balanço Anual da Gazeta Mercantil (novembro de 2000 – ano V - nº 5). Em Recife, no bairro da Ilha do Leite, a presença de 17 hospitais num raio de 3,5 quilômetros, oferecendo desde cirurgia e tratamentos de defeitos da mão a oftalmologia, cardiologia e pediatria, levaram a ampliação do *Real Hospital Português de Beneficência* um dos maiores empreendimentos privados do Norte e Nordeste do país. O fluxo diário de veículos no hospital é superior a 5 mil. O número de atendimentos cresceu cerca de 70% a 80% entre 2000 e 2002. A presença dessa rede hospitalar criou novas possibilidades para a indústria hoteleira. A construtora *Moura Debeaux*, em parceria com o grupo *Choice Atlantic*, que administra cerca de 5 mil estabelecimentos hoteleiros em todo o mundo, resolveu abrir um hotel neste bairro prevendo que 25% dos seus aposentos serão ocupados por pacientes, e seus parentes, que vem ao Recife, para tratamento. Por outro lado, as possibilidades de lucratividade dos hospitais cresceram com a construção do novo Fórum no mesmo bairro, aumentando a expectativa de se atender não apenas aos executivos, mas também os profissionais de Direito.

A sinergia provocada pela presença de uma rede de serviços voltados à saúde pode ser também averiguada, em Petrolina no interior de Pernambuco (Balanço Anual Gazeta Mercantil:novembro de 2000). Graças ao desenvolvimento econômico dessa cidade trazido pela

agricultura irrigada houve o crescimento dos serviços de saúde. Localizada a 720 quilômetros da capital, Petrolina concentra cerca de 90 hospitais e clínicas que, mensalmente, realizam cerca de 30 mil atendimentos ambulatoriais, atraindo cerca de 1,6 milhão de pessoas num raio de 300 quilômetros. Os investimentos em serviços de saúde foram impulsionados pela vinda de forasteiros que representam, hoje, cerca de 2/3 de seus 200 mil habitantes para trabalhar na agricultura irrigada, especialmente de São Paulo e Rio de Janeiro. A justificativa para os investimentos na assistência médico-hospitalar se deveu ao perfil dos consumidores, “mais exigentes em relação à qualidade dos serviços”, em outras palavras, criou-se um mercado de consumo para a saúde privada, totalmente divorciada das necessidades do lugar.

O modelo pautado no hospital tem facilitado a entrada do grande capital nos serviços de saúde, dinamizando atividades correlatas ao seu crescimento, sem que haja necessariamente um compromisso com a realidade dos lugares. Sua presença reforça e amplia esse modelo e tende a agravar a crise da saúde pública no país. Os recursos de capital fixo, como os hospitais, são cada vez mais seletivamente localizados, correspondendo aos fatores de circulação, o que aumenta a tendência à concentração geográfica dos equipamentos de saúde no território.

A crise na saúde se instala nos lugares, sobretudo nas grandes cidades, em função do modelo privatista que se tornou hegemônico no território brasileiro. Enquanto as ações políticas não romperam com esse modelo o SUS estará ameaçado, pois o mercado é cego em relação às necessidades das populações.

Capítulo 8

A descentralização da Saúde em tempos de neoliberalismo

8.1 – As discussões sobre centralização e descentralização

A descentralização das ações de saúde é um dos princípios que regem o SUS. O movimento de descentralização ganha vulto na década de 1980, quando se inicia uma reação da sociedade contra a centralização político-administrativa, econômica e fiscal nas mãos da União. Neste contexto histórico, a descentralização tornou-se praticamente um sinônimo de democratização. Como lembra Eduardo Kugelmas (2001:33), no Brasil, a alternância de períodos de centralização e de descentralização levou a uma habitual identificação da centralização com autoritarismo e a descentralização com avanços democráticos. O regime militar que se estendeu de 1964 a 1985 foi um desses períodos marcados pela centralização autoritária. A Constituição de 1988 tornou-se emblemática para a descentralização e a retomada da democracia na sociedade brasileira.

A reforma tributária de 1966 gerou uma centralização fiscal que engessou as políticas dos governos estaduais e municipais, que se tornaram, desse modo, reféns do poder federal. Como explica Eduardo Kugelma (2001:34), “neste período ampliou-se à capacidade extrativa da União, reforçou-se a dependência dos Estados menos desenvolvidos, receptores da maior parcela das transferências do Fundo de Participação ao atribuir, ao Senado a fixação das alíquotas do ICM, sua grande fonte de receita própria. Por outro lado, são tomadas medidas destinadas a aumentar ainda mais a sobre-representação parlamentar dos estados menores e menos desenvolvidos, com o objetivo expresso de contrabalançar o crescimento político e eleitoral do MDB (então único partido de oposição) nas regiões Sul e Sudeste”.

Como já vimos, as conseqüências das opções políticas desenhadas no seio da burocracia estatal foram, de um lado, às ações corporativas que privilegiam segmentos da sociedade e um número reduzido de empresas. Desse modo, os interesses coletivos foram subestimados em detrimento de uma minoria. De outro lado, a ineficiência dos programas sociais do regime militar não conseguiu atenuar a precariedade das condições de vida da maioria da população. Ofertados pela esfera federal e executado nos órgãos de planejamento esses programas eram descolados da realidade do

território brasileiro. A crise de 1980 expõe os inúmeros problemas que se avolumavam numa sociedade marcada pela ausência de cidadania.

Do ponto de vista fiscal Estado e Municípios ficaram incapacitados de promover e financiar, com seus próprios recursos políticas públicas, tornando-se dependentes dos recursos federais.

Entretanto, é preciso atentar para o fato de que durante a vigência do regime militar houve um controle dos níveis subnacionais de poder, principalmente através das eleições indiretas para os governos estaduais e da centralização fiscal, mas não ocorreu a exclusão das elites políticas regionais do pacto de dominação e manteve-se em boa medida a atribuição administrativa das esferas subnacionais.

O esgotamento do centralismo se deu com a crise econômica da década de 1980 que diminuiu os recursos para os entes estaduais e municipais que passaram a questionar juntamente com diversos segmentos da sociedade essa centralização e concentração do poder econômico e político da União. Havia um movimento pela descentralização política, administrativa e fiscal. As eleições diretas para governadores estaduais, em 1982, e o fortalecimento das representações legislativas no Congresso Nacional abrem os caminhos para a abertura política. A descentralização política era defendida pelos representantes locais – governadores e prefeitos que argumentavam serem reféns

durante o regime militar dos casuísmos e clientelismos do governo federal. A descentralização administrativa permitiria que estados e municípios assumissem responsabilidades nas execuções das políticas públicas e atendessem as necessidades das populações no que se refere à saúde, educação, saneamento, habitação, entre outras. Em relação à descentralização fiscal essa já havia se iniciado no decorrer da década de 1980, impulsionada pela eleição dos governadores. Como mostra Eduardo Kugelma (2001:35), a aprovação da emenda Passos Porto, em 1983, elevou os percentuais dos Fundos de Participação, e também modificou os critérios de cálculo de forma favorável aos entes subnacionais. Entre 1983 e 1988 decresce a participação da União no total da receita disponível, passando de 69,8% a 60,1%. Segundo André Médici (1994), a descentralização fiscal ocorreu por duas vias: aumento da arrecadação própria dos estados e municípios, através da elevação das alíquotas dos seus impostos e pelo aumento das transferências constitucionais automáticas (fundos de participação de estados e municípios) e negociadas, do nível central para os níveis locais de governo.

Na saúde a bandeira da descentralização é encampada, na segunda metade da década de 1980, por membros da burocracia estatal, que naquele momento ocupavam cargos de comando no Inamps. Este grupo vinha debatendo desde a década de 1970, a necessidade urgente de uma

reforma sanitária no país que rompesse com a dicotomia existente nos serviços de saúde. Havia uma reação à acentuada centralização das ações de saúde que marcaram o período militar, tendo como conseqüências à segmentação no atendimento. Desse modo, as ações coletivas eram de competência do Ministério da Saúde e as individuais ficaram sob responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social que estruturou, majoritariamente, uma rede de serviços privados remunerados com recursos públicos. O êxito alcançado por esse grupo que ocupava o Inamps está consagrada na Constituição de 1988, quando a saúde é reconhecida como direito da cidadania e como um dever do Estado. A universalização da cobertura e do atendimento, que tem como princípio a equidade da assistência, a integralidade da rede pública de serviços num sistema único e a descentralização da gestão administrativa como garantia da participação comunitária, nortearam a implantação do SUS.

É neste contexto político que a bandeira da descentralização tornou-se praticamente uma bandeira pela democratização da sociedade brasileira. Compartilhamos da idéia de Eduardo Kulgema (2001) para quem a leitura da descentralização não pode ser realizada sem uma contextualização histórica.

Como mostra Luciano Prates Junqueira (1997) a visão de descentralização dos constituintes de 1988 era em sua grande maioria

progressista, apregoando a necessidade de transferência de competências com a finalidade de democratização da administração pública, mas na qual o Estado manteria o seu caráter de intervenção. Todavia, como já exposto, o processo de construção do SUS ocorreu num clima político e econômico distinto daquele de sua criação na Constituição de 1988, já sob os ventos do neoliberalismo, no decorrer da década de 1990.

A perspectiva de descentralização neoliberal, amplamente defendida pelos organismos internacionais como o FMI, Banco Mundial, “preconizavam, e ainda preconizam a redução do Estado, para dar maior eficácia ao aparato estatal e reduzir os gastos públicos, tendo em vista a superação da crise econômica e social desses países”. Havia uma pressão desses organismos internacionais para que os países subdesenvolvidos, especialmente, na América Latina adotassem medidas para conter a crise fiscal, já que os recursos eram considerados insuficientes e os disponíveis eram mal utilizados (Luciano Prates Junqueira:1997:180). A descentralização, nesta perspectiva, está associada à privatização com a redução do papel do Estado na economia, que deve se submeter às leis do mercado. A minimização do papel do Estado se faria concomitantemente ao processo de descentralização, com a transferência de responsabilidades para as instâncias locais, mais próximas das necessidades da população e, portanto, consideradas nesta visão, mais confiáveis para evitar os

desperdícios dos recursos disponíveis e, mais aptas a realizar mudanças que repercutissem numa melhoria das condições de vida das populações desses países. Entretanto, a restrição dos gastos públicos reduziria as ações sociais a um conjunto de programas assistenciais para os pobres.

É preciso atentar para a particularidade do federalismo brasileiro que considera o município um ente federativo (Dalmo de Abreu Dallari:1985:54), desse modo, as demandas locais são muitas vezes entendidas como municipais. A descentralização se daria pelo fortalecimento das instâncias estaduais, mas, sobretudo, municipais, consideradas mais próximas dos reclamos da sociedade. O argumento principal era que a maior autonomia política permitiria a essas instâncias assumir responsabilidades em áreas essenciais para a sociedade como na saúde, saneamento, habitação, educação, transportes, entre outros. A descentralização do SUS não passou incólume a essa orientação política da década de 1990. A municipalização tornou-se, praticamente, sinônimo de descentralização. O que é preciso observar é que a municipalização da saúde está submetida às normas do Ministério da Saúde. Neste sentido, a descentralização não garante a plena autonomia dos municípios, uma vez que isso depende do tipo de gestão a que está vinculado o município. Desse modo, é preciso analisar as Normas Operacionais de 1991, 1993, 1996 e 2001 que tem conduzido o processo de descentralização, na perspectiva

dos distintos contextos políticos, já inseridos dentro de um processo avançado de aprofundamento da globalização econômica.

Deve-se atentar para a peculiaridade da descentralização das ações de saúde que reside no fato de que a esfera federal é quem detém e controla os recursos financeiros dos serviços prestados a população. Portanto, a autonomia dos municípios é regulada e controlada pelo poder central.

8.2 As Normas Operacionais - O poder regulatório na organização dos serviços de saúde

A participação do país no mercado global faz proliferar as normas externas as nações. Como nos ensina Milton Santos (1999a), a relação regulatória lugar-mundo não se dá diretamente, passando inexoravelmente pelas relações entre o lugar e a nação. Essa realização é, então, intermediada pelos territórios nacionais que aceitando a lógica normativa dos agentes hegemônicos acabam por impô-las aos lugares. Maria Laura Silveira (2000:125) argumenta que esse processo se faz com a interferência de todos os níveis de governo, desde a União até os Estados e Municípios que também criam normas. A essas normas públicas juntam-se as normas privadas. Como mostra Ricardo Antas Jr. (2002:35), “empresas e instituições também conhecem a força condicionadora das normas e das

formas”. O SUS é uma verticalidade institucional que busca se contrapor ao forte acento privatizante que tem dominado a organização dos serviços de saúde brasileiros. A operacionalização dessa verticalidade institucional ocorreu com a criação das Normas Operacionais Básicas (NOB) do Ministério da Saúde que regulamentaram o processo de descentralização, especificando as atribuições dos níveis federais, estaduais e municipais.

No entanto, a implementação do SUS ocorreu num clima político distinto daquele de sua institucionalização. A eleição de Fernando Collor de Mello (1989), para presidente da república, coincide com o afastamento no Inamps do grupo vinculado aos ideais da VIII Conferência de Saúde, passando o comando para um grupo conservador que buscou manter as estruturas e funções do antigo sistema.

Neste contexto é que surge o conceito de município e estados habilitados pelo SUS editada na primeira NOB de 1991 (NOB/91), que estariam comprometidos com a gestão direta dos serviços de saúde. Previa a formação de um fundo setorial de saúde e o funcionamento de conselhos comunitários. Essa norma incentivou os convênios de municipalização, habilitando os municípios a receber os repasses dos recursos para o pagamento dos serviços diretamente com o Ministério da Saúde, retirando de cena o Estado como mediador entre os poderes federais e municipais, que foi um dos princípios básicos do SUDS que antecedeu o SUS. Isso

implicou no fortalecimento dos laços políticos entre o governo federal e os municípios, ampliando, dessa maneira a base de sustentação política do presidente Fernando Collor. Desse modo, é que a descentralização dos serviços de saúde se tornou quase um sinônimo de municipalização. Como aponta o Instituto de Saúde (1998:04), o papel do governo estadual foi reduzido no processo de descentralização. As funções de executor das ações voltadas para o atendimento da população, e de contratante dos serviços privados e filantrópicos foram substituídos por uma função de coordenação, apoio e regulação do sistema estadual de saúde, não ocorrendo em contrapartida um fortalecimento das prerrogativas das secretarias estaduais de saúde em termos de coordenação, articulação e estruturação do sistema de saúde intermunicipal ou regional. A ausência de parceria entre gestores municipais e as secretarias estaduais para o desenvolvimento de ações técnicas nas secretarias municipais tem levado a contratação de serviços das universidades e organizações não-governamentais para suprir as necessidades de treinamento e de desenvolvimento de novos métodos de gestão.

Essa norma conduziu, ainda, a recentralização dos recursos nos órgãos centrais do Inamps que foi extinto apenas em 1993, o que significou um retrocesso acarretando perda da pouca autonomia dos gestores estaduais e municipais, conquistada no final dos anos de 1980. Destacamos

como uma mudança significativa desta norma à adoção para o setor público do mesmo critério de financiamento do setor privado, substituindo o pagamento por orçamento, até então vigente através de convênios, pelo pagamento por produção de serviços, transformando os prestadores públicos em vendedores de serviços. O argumento ideológico era pautado na ineficiência das redes públicas, federais, estaduais e municipais consideradas ociosas e caras. De acordo com Paulo Eduardo Elias (2001:18), o inconveniente dessa medida é que haveria um incentivo à inflação de custos e na utilização de procedimentos desnecessários.

A segunda norma operacional editada em 1993, a NOB/93 foi criada num cenário político bastante diferente da anterior, quando Itamar Franco assume a presidência da República, em 1992, após o *impeachment* de Fernando Collor (1990-1992). Comprometida com os preceitos da Constituição de 1988, essa norma intitulada “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei” reafirmava como um dos pressupostos a descentralização, entendida como um processo de redistribuição de poder e redefinição de papéis e o estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo. Enfatizava que através da descentralização haveria a reformulação do modelo assistencial centrado na assistência médico-hospitalar para a

assistência integral universalizada e equinâme, regionalizada e hierarquizada.

No âmbito nacional buscou uma aproximação entre as três esferas de poder criando a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), compostas paritariamente, por representação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Nos estados foram instituídas as Comissões Intergestoras Bipartides (CIB), integradas por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), com representação paritária entre estados e municípios. No âmbito municipal criou o Conselho Municipal de Saúde – instância permanente e deliberativa, atuando na formulação de estratégias no controle de execução da Política Municipal de Saúde, instituindo, ainda, um fundo de saúde.

· Essa norma salientava que a responsabilidade do financiamento das ações de saúde é atribuição das três esferas do governo. Manteve a forma de pagamentos por serviços produzidos, mas introduziu uma série de novas regras para a transferência de recursos que impulsionou a municipalização. Tais regras analisavam a capacidade dos gestores municipais e estaduais para assumir determinadas responsabilidades na gestão dos serviços de saúde, prevendo três formas de gestão:

Quadro - IV
Formas de Gestão previstas na NOB/96

Incipiente	Previa a responsabilidade sobre a contratação e cadastramento de prestadores, podendo também imitar as guias de Autorização de Internações Hospitalares (AIH) e dos procedimentos ambulatoriais, além de avaliar os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados.
Parcial	A secretaria Municipal de Saúde assume a responsabilidade sobre autorização do cadastramento de prestadores e a totalização do montante orçado por unidade, aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde. Controle das unidades ambulatoriais públicas e privadas, incluindo as federais e estaduais cuja gestão não foi transferida para o município. Controla as Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), utilizadas pelos hospitais, encaminhando-as para o Ministério da Saúde para posterior pagamento dos procedimentos de assistência médico-hospitalar.
Semiplena	A Secretaria Municipal de Saúde assume a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços: planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados, assumindo também o gerenciamento de toda a rede pública existente no município, exceto unidades hospitalares de referência sob gestão estadual; assume a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição e educação, de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador no seu território, conforme definido pela comissão bipartite, recebendo mensalmente o total de recursos financeiros para custeio correspondente aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos. A gestão semiplena representou um avanço significativo estabelecendo a primeira transferência direta de recursos financeiros fundo a fundo, procedimento que será expandido com a NOB 96. Além das novas regras de transferências de recursos, instituiu mecanismos de controle e avaliação dos serviços prestados. Cresce a participação das Secretarias Estaduais de Saúde que deveriam exercer um papel relevante, no controle e na avaliação da rede de serviços públicos e privados, na coordenação da rede de referência estadual e na gestão dos sistemas de alta complexidade, além de coordenar as ações de vigilância epidemiológica, os hemocentros e a rede de laboratórios de saúde pública, respeitando as condições de gestão incipiente, parcial e semiplena dos municípios.

No geral, com essa norma operacional os municípios passaram a ter uma maior autonomia no direcionamento dos recursos recebidos, assumindo em caráter permanente a provisão dos serviços transferidos à sua responsabilidade. Entretanto, é preciso atentar para o fato de que o grau de autonomia dependeria da habilitação que os municípios

assumiriam na gestão dos serviços de saúde pública e de atenção básica à saúde, condicionada, outrossim, pela presença da rede de serviços instalada, principalmente a hospitalar, no município.

Segundo Nilson R. da Costa (1999:40) de um total de 4.973 municípios em 1994, 49,3% se enquadravam na modalidade de gestão incipiente do SUS, 12,85% na modalidade de gestão parcial dos municípios e 2,89% na habilitação simplificada. Para esses últimos transferiram-se direta e indiretamente, aproximadamente 25% dos recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde destinado à assistência médica e hospitalar. Os municípios com autonomia para gerir os seus recursos eram aproximadamente 143, o que nos oferece uma dimensão do reduzido número de municípios em condições de assumir plenamente a gestão dos serviços de saúde, mesmo após a criação do CONASS.

A terceira norma do Ministério da Saúde, a NOB/96, é editada no primeiro mandato do presidente da república Fernando Henrique Cardoso (1995-1998). O processo de descentralização da saúde, na qual é criada essa norma, ocorria num cenário, de aprofundamento do ideário do neoliberalismo, no qual os gastos sociais eram considerados onerosos ao Estado brasileiro. A subordinação da política à economia aprofunda os problemas de financiamento dos serviços de saúde, como veremos posteriormente.

O objetivo dessa NOB era de ampliar as responsabilidades do gestor municipal e estadual, induzindo um conjunto de mudanças no modelo assistencial, através do fortalecimento da atenção básica e primária nas ações de saúde coletiva. As principais mudanças foram:

- Reduziu as condições de habilitação a duas modalidades --- Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) e os estados foram habilitados em duas modalidades – Gestão Avançada do Sistema Estadual (GASE) e Gestão Plena de Sistema Estadual (GPSE).
- Definiu as formas de transferências de valores diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais destinadas à remuneração da assistência hospitalar e ambulatorial segundo duas modalidades: Transferência Regular e Automática (Fundo a Fundo) e Remuneração por Serviços Produzidos.
- Estabeleceu o Piso Assistencial Básico (PAB) que consiste em um montante de recursos financeiros destinados ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade municipal. O valor da transferência para o município foi calculado com base na população residente por meio de um valor *per capita* nacional de R\$ 10,00 por ano⁴¹.

⁴¹ Todo município que estiver habilitado em uma das duas formas de gestão recebe o PAB mensalmente do Ministério da Saúde. Para sabermos qual o valor do PAB de um município, basta multiplicar R\$ 0,83 vezes o número de seus habitantes. Por exemplo, um município com 10 mil habitantes recebe todo mês, para aplicar em ações básicas de saúde, a quantia aproximada de R\$ 8.300,00. *Cartilha Controle Social – Rede Feminista de Saúde (2000)*.

Para o município receber a remuneração do PAB deve comprovar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde, apresentar o Plano Municipal de Saúde e comprovar capacidade técnica e administrativa para gestão dos serviços. Nos municípios onde estiveram atuando as equipes de saúde da família, agentes comunitários, ou estratégias similares de garantia de integralidade da assistência ficou estabelecido um acréscimo percentual ao PAB, incentivando as ações de cunho preventivo.

- Estabeleceu a remuneração dos serviços produzidos que consiste no pagamento direto aos prestadores estatais ou privados contratados e conveniados, mediante a apresentação de faturas, referente a serviços realizados conforme a programação e mediante a prévia autorização do gestor, conforme valores fixados em tabelas editadas pelo órgão competente do Ministério da Saúde.

- Determinou a remuneração de Internações Hospitalares, Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo/Complexidade com base do Sistema de Informações Hospitalares e Ambulatoriais (SIA/SUS e SHI/SUS).

Assinalamos que as normas operacionais de 1996 e as anteriores não romperam com a forte presença dos serviços privados no Sistema Único de Saúde, no qual permanece a lógica de compra dos serviços médico-hospitalares, que continuam a absorver a maior parte dos recursos do

Ministério da Saúde. Por outro lado, o Piso de Atenção Básica (PAB) representou um avanço do sistema ao dar maior atenção a saúde preventiva, especialmente com os programas dos agentes comunitários e saúde da família. As melhorias nas práticas médico-sanitárias repercutiram sensivelmente na queda das taxas de mortalidade infantil, e na diminuição da incidência de determinadas doenças. Tais alterações buscaram uma mudança de foco de uma ação curativa, pautada na doença, para uma ação preventiva, voltada para a preservação da saúde. Como argumenta Nilson Rosário da Costa et al (1999:45) a NOB/96 tem um caráter distributivo. Conforme esse autor (1999), dos 4.894 municípios habilitados: “66% (3.243) tinham o PAB per *capita* menor que R\$1,00 e, portanto, ganharam recursos financeiros com o PAB de R\$1,00; 22% (1.078) dos municípios tinham um PAB per *capita* entre R\$ 1,00 e R\$1,50, portanto, não perderam nem ganharam recursos financeiros, porque se habilitaram a receber o fator diferenciado de ajuste à implantação do PAB, no valor máximo de até R\$0,50 por habitante; e, 12% (573) dos municípios tinham um PAB per *capita* acima de R\$ 1,50 e, portanto, tiveram perdas no valor que excedia a esse valor”.

Para Nilson R. da Costa *et al* (1999:45), essa ação mais distributiva dos recursos do Ministério da Saúde foi inicialmente vetada pelos gestores dos estados com maior capacidade instalada. Os estados reclamantes eram

São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, todos com uma rede de serviços mais complexa e que abocanhavam as maiores parcelas de recursos federais. É importante lembrar que nesses estados a rede hospitalar privada e filantrópica que presta serviços ao SUS é também bastante expressiva. Essa norma, por sua vez, favoreceria os estados e municípios do norte e nordeste do país. Conforme esses autores “a proposta de distribuição pura e simples dos recursos do PAB *per capita* altera a lógica de distribuição territorial ainda vigente de financiamento de internação hospitalar e assistência ambulatorial, baseada na capacidade de oferta instalada. A mudança de critério distributivo para um critério populacional coloca os recursos do SUS em municípios sem oferta ou rede estruturada”, compensando minimamente as desigualdades na distribuição dos serviços de saúde no país.

Em relação à autonomia dos municípios a NOB/96 atrelou o repasse das verbas ao cumprimento de programas do governo federal como as campanhas de cirurgia de catarata, varizes, do câncer do cólon de útero, do câncer de próstata, do combate ao mosquito da dengue, entre outros, subtraindo do nível municipal o poder de decidir sobre suas prioridades. Contraoendo-se aos reclamantes, o Ministério da Saúde argumenta que a prática de campanhas e mutirões permitiu que milhares de pacientes nas filas fossem atendidos, todavia, acreditamos que essa imposição fere as

reais necessidades dos municípios, ao uniformizar os problemas, acaba por desconsiderar as peculiaridades dos municípios e as distintas realidades presentes em cada um deles.

Criada no segundo mandato do governo de Fernando Henrique Cardoso (1998-2002), a Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS/01) de 2001 tem como principal escopo a regionalização em saúde como estratégia fundamental para o processo de descentralização. Considera que a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, a regionalização e a organização dos serviços de saúde são centrais para a consolidação do SUS.

Reconhece que o atual destino dos recursos financeiros permanece fortemente vinculada à lógica da oferta de serviços, atrelada à série histórica de gastos e de produção, à capacidade instalada e às necessidades de receita dos prestadores de serviços de saúde, o que mantém a concentração de recursos nas áreas mais desenvolvidas do país e em ações nem sempre compatíveis com o perfil de necessidades da população. Desse modo, atribui um papel diretor as Secretarias Estaduais de Saúde para promover um processo de planejamento integrado entre as SMS que resulte em um Plano Diretor de Regionalização, não estabelecendo, entretanto, um modelo único de regionalização, pois consideram as

distintas realidades sanitárias, demográficas, além dos diferentes níveis de complexidade dos serviços entre as diversas unidades da federação.

Na NOAS/2001 o Piso de Assistência Básica (PAB) é ampliado passando a ser referido como PAB – A. Desse modo, o PAB possui duas partes: uma fixa que corresponde ao valor de R\$ 10,00 por habitante/ano que os municípios recebem para a atenção básica, e uma parte variável que corresponde ao PAB-A ou ampliada que financia algumas ações de saúde consideradas especiais no campo da atenção básica, e que depende da implantação nos municípios de determinados programas – como o Programa de Agentes Comunitários (PAC), Programa de Saúde da Família (PSF), o Programa de Combate às Carências Nutricionais, Ações Básicas de Vigilância Sanitária, Ações de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, Assistência Farmacêutica Básica.

Destacamos, ainda, que o conceito de Atenção Básica Ampliada adotada pela NOAS/2001 se relaciona ao conjunto de ações do primeiro nível de atenção em saúde que deve ser ofertado por todos os municípios do País em seu próprio território. O PAB-ampliado tem como um dos objetivos garantir o acesso de toda a população, o mais próximo possível de sua residência, a um grupo de serviços conformadores do primeiro nível de referência em média complexidade, que não se encontra sempre disponível em todos os municípios, que compreende: laboratórios, radiologia simples,

ultra-sonografia obstétrica, atendimento psicoterápico, fisioterapia básica, algumas ações odontológicas especializadas e leitos hospitalares para atendimento do parto normal, primeiro atendimento em clínica médica e pediatria. A PAB-ampliada criou o primeiro nível de referência intermunicipal de média complexidade⁴². A NOAS/2001 exige a instituição do Plano Diretor de Regionalização que tem como alvo principal orientar o processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, considerando as necessidades da população e a garantia de acesso da população a todos os níveis de atenção.

Em fevereiro de 2002, é editada a NOAS SUS 01/2002 que ratifica a necessidade da ampliação das responsabilidades dos municípios em Atenção Básica, do processo de regionalização da assistência à saúde. Define os processos de habilitação dos municípios – Gestão Plena da Atenção básica Ampliada – GPAB-A e Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM. Para os estados duas são as habilitações – Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual. Para os municípios não habilitados a Secretaria Estadual de Saúde assumirá a gestão do SUS.

42 O recurso que paga esse tipo de procedimento é resultado da multiplicação de um valor *per capita* nacional pela população do módulo assistencial e é repassado diretamente, fundo a fundo, para o município pólo ou sede. O problema desta modalidade de repasse é que os municípios podem ser prejudicados se houver problemas políticos em relação ao município vizinho, de que depende para atender à sua população. *Cartilha Controle Social – Rede Feminista de Saúde (2000)*.

Entendemos que a regionalização é compreendida, por essas normas (NOAS 2001/2002), como um procedimento técnico, e não como resultado, de um lado, de um conjunto de ações políticas que envolvem diferentes agentes sociais, o que implica em interesses não raro díspares. De outro lado, não basta contemplar os aspectos operacionais buscando uma racionalidade na organização dos serviços de saúde, sem considerar a singularidade dos lugares, as distintas lógicas que integram o sistema de saúde, o uso que os diferentes agentes fazem do território e a política macroeconômica do governo federal que interfere diretamente nas possibilidades oferecidas nos lugares.

A garantia de acesso aos serviços de saúde, especialmente os de maior complexidade está, associada às condições oferecidas nos lugares. É preciso atentar para o fato que mesmo um município rico como São Paulo possui enormes disparidades em relação à oferta dos serviços de saúde e as possibilidades de uso desses serviços não são iguais para o conjunto da população. Aparentemente essa norma desconsidera a peculiaridade e a realidade de boa parte dos municípios brasileiros, uma vez que as distintas densidades técnico-científicas criam diferentes possibilidades de uso dentro de um mesmo município.

Capítulo 9

A municipalização dos serviços de saúde – Impasses para a consolidação do SUS

9.1 – As normas operacionais básicas e a municipalização da saúde

As normas operacionais básicas têm norteado e impulsionado o processo de habilitação dos estados e municípios para que esses tenham responsabilidades, definidas segundo as modalidades de gestão a que estão habilitadas no que toca a capacidade de gerência do sistema, as garantias de oferta de serviços de saúde, desde os básicos até os de média e alta complexidade, para a sua população e a população referenciada. Os estados e municípios adquirem, dessa maneira, prerrogativas na condução da gestão dos recursos financeiros oriundos das transferências federais (autonomia plena ou restrita na aplicação de recursos em geral, e na contratação e no pagamento dos prestadores), além de receberem incentivos financeiros para a reorganizarem os seus serviços de saúde.

Os municípios são os protagonistas do processo de descentralização dos serviços de saúde cabendo aos Estados um papel menor. Em 2000, dos 5.561 municípios brasileiros, 5.531 apresentam-se habilitados, dos quais

4.968 em gestão plena de atenção básica e 563 em gestão plena do sistema. Em relação aos Estados, como já vimos há duas formas de habilitação - Gestão Avançada do Sistema Estadual (GASE) e Gestão Plena de Sistema Estadual (GPSE). Para o Estado ser habilitado na GASE, 80% dos municípios devem estar habilitados em alguma das duas formas de gestão - Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada (GPAB-A) ou Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM).

Como protagonistas deste processo, interessa-nos conhecer mais detidamente a situação dos municípios brasileiros. A ausência de dinamismo econômico de boa parte dos municípios brasileiros, fruto da seletividade na difusão do meio técnico-científico-informacional, é um dos fatores que interferem no pleno funcionamento do SUS. A tipologia e a topologia dos equipamentos de saúde no território brasileiro não é imune a essa dinâmica perversa, na medida em que a sua expansão se sobrepõe as diversas redes que compõem o território, como as redes de circulação, de informação, de transportes, financeiras, de produção, entre outras. Desse modo, as desigualdades em relação ao tamanho da população, às condições sociais, econômicas e, sobretudo, as diferentes densidades espaciais são fatores fundamentais para analisarmos os avanços e os obstáculos enfrentados pelo Sistema Único de Saúde.

A regionalização, a hierarquização, a integração, a universalização que são os princípios norteadores do SUS não podem ser analisados sem considerarmos o condicionamento do espaço geográfico nessa organização da saúde. De um lado, a tipologia dos serviços de saúde está intimamente relacionada ao grau de desenvolvimento econômico que determina de maneira preponderante a forma-conteúdo dos objetos técnicos vinculados a saúde e, de outro lado, sua topologia é ditada pelas condições dos lugares, interferindo diretamente na localização dos diferentes serviços.

9.2. A municipalização da saúde na conturbada década de 1990

Em 2000, o Brasil possuía 5.561 municípios distribuídos por 26 estados e o Distrito Federal. A população total do país era de 169.799.170 habitantes, ocupando um território de 8.514.876,599 Km². Essa população como nas décadas anteriores continuava a se distribuir desigualmente em todo território nacional, com 42,63% concentradas na região Sudeste, 23,12% no Nordeste, 14,79% no Sul, 7,60% no Norte e 6,84% no Centro-Oeste. São Paulo, o estado mais populoso, reunia 21,79% da população do país, enquanto que Roraima abarcava apenas 0,19% do total nacional. O número de municípios também é bastante desigual entre as regiões. Dos

5.561 municípios, a região Nordeste detém 32,22%, o Norte 8,0%, o sudeste 29,99%, o Sul 21,38% e o Centro-Oeste 8,32%.

No atual período histórico, a globalização casou-se com a adoção de um modelo econômico que tem acelerado o crescimento dos pobres e excluídos no país. A seletividade das modernizações do território se manifesta nos lugares. “O território tanto quanto o lugar são esquizofrênicos, porque de um lado acolhem os vetores da globalização, que neles instalam para impor sua nova ordem, e, de outro lado, neles se produz uma contra-ordem, porque há uma acelerada produção de pobres, excluídos e marginalizados” (Milton Santos: 2000b). É na dimensão do lugar que essa esquizofrenia se evidencia com maior força, porque as opções políticas se concretizam na forma das inúmeras carências que atingem parcelas da população ignoradas pelo poder público. A seletividade das modernizações do país é manifesta, outrossim, na proporção de pobres encontrados nos municípios das diferentes regiões do país.

Tabela – 30
Número de municípios brasileiros e proporção de pobres (%) na população brasileira

Brasil/Grandes Regiões/Estados	Total da População (a)	Número de municípios brasileiros (b)	Proporção de pobres (c)
Brasil	169.799.170	5.561	25,6
Norte	12.900.704	449	30,8
AC	557.526	22	30,8
AP	477.032	16	30,1
AM	2.812.557	62	33,2
PA	6.192.307	143	33,6
RR	324.397	15	17,0
RO	1.379.787	52	16,3
TO	1.157.098	139	41,1
Nordeste	47.741.711	1792	47,1
MA	5.651.475	217	57,4
PI	2.843.278	222	56,2
CE	7.430.661	184	48,9
RN	2.776.782	167	41,0
PB	3.443.825	223	44,5
PE	7.918.344	185	40,9
AL	2.822.621	102	51,3
BA	13.070.250	417	45,5
SE	1.784.475	75	40,0
Sudeste	72.412.411	1668	14,2
ES	3.097.232	78	22,6
MG	17.801.404	852	25,2
RJ	14.391.282	92	11,8
SP	37.032.403	645	9,1
Sul	25.107.616	1.189	17,6
PR	9.563.458	399	20,6
SC	5.356.360	293	14,2
RS	10.187.798	497	16,6
Centro-Oeste	11.636.728	463	21,0
MT	2.504.353	139	22,9
MS	2.078.001	77	21,9
GO	5.003.228	246	15,3
DF	2.051.146	01	-

Fonte: (a) Censo Demográfico 2000. IBGE; (b) Anuário 2001. Organização do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde; (c) Anuário 2001. Organização do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde.

Foi possível averiguar que as maiores proporções de pobres estão nos municípios do nordeste (47,1%) e norte (30,8%) do país, com os

estados do Maranhão, Piauí e Alagoas abrigando um índice superior a 50% enquanto que nos demais estados este índice ultrapassa os 40%. No Norte apenas os municípios dos estados de Roraima e Rondônia apresentavam uma proporção menor de pobres. No Acre, Amapá, Amazonas, Pará os índices estão acima de 30%, e Tocantins a proporção de pobres atinge 41% da população. Na região Sudeste (14,2%), os municípios dos estados do Espírito Santo e Minas Gerais a proporção é de 22,6% e 25,2% respectivamente. Rio de Janeiro (11,8%) e São Paulo (9,1%) têm os menores índices da região e do país. Na região sul a proporção de pobres é de 17,6% da população, e apenas o estado do Paraná apresenta um índice acima da média regional, isto é, 20,6%. No Centro-Oeste a proporção é de 21,0% com os estados de Mato Grosso (22,9%) e Mato Grosso do Sul (21,9%), acima da média da região.

A situação dos distintos municípios do país se reflete, também, na gestão dos serviços de saúde. O menor ou maior grau de autonomia dos municípios em relação à gestão das ações em saúde, está relacionado às condições socioespaciais que esses apresentam. Em muitos estados brasileiros a adesão ao SUS chega, ou mesmo se aproxima dos 100%. Do total de municípios existentes no país, em 2001, 89,82% estavam habilitados em Gestão Plena de Atenção Básica, assumindo parcialmente a responsabilidade de sua gestão, ao passo que apenas 10,17% estavam

habilitados em Gestão Plena do Sistema, responsabilizando-se totalmente pela organização do seu sistema. Dos 4.968 municípios em Gestão Plena de Atenção Básica, 7,42% estão no norte e 34,07% no nordeste, 27,75% no sudeste, 23,04% no sul e 8,77 no centro-oeste.

Tabela - 31

Número de municípios brasileiros vinculados ao SUS e número de municípios segundo a habilitação – Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema.

Região /Estados	Nº de Municípios Brasileiros	Número de Municípios Habilitados ao SUS	Município Habilitado Gestão Plena de Atenção Básica	Município Habilitado Gestão Plena do Sistema
Regiões e UF	N			
Brasil	5.561	5.531	4.968	563
N	449	442	369	73
AC	22	18	18	-
AP	16	14	13	1
AM	62	62	55	7
PA	143	142	98	44
RR	15	15	14	1
RO	52	52	41	11
TO	139	139	130	9
NE	1792	1.786	1.693	147
MA	217	215	171	44
PI	222	222	221	1
CE	184	184	155	29
RN	167	167	157	10
PB	223	223	215	8
PE	185	185	166	19
AL	102	102	87	15
BA	417	413	394	19
SE	75	75	73	2
SE	1668	1.653	1.379	274
ES	78	78	43	35
MG	853	841	784	57
RJ	92	91	70	21
SP	645	643	482	161
S	1.189	1.189	1.145	44
PR	399	399	386	13
SC	293	293	273	20
RS	497	497	486	11
CO	463	461	436	25
MT	139	138	137	1
MS	77	77	68	9
GO	246	246	231	15
DF	01	01	-	-

Fonte: (a) Censo Demográfico 2000. IBGE; (b) Anuário 2001. Organização do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde; (c) Anuário 2001. Organização do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde.

Em relação aos municípios com habilitação em gestão plena do sistema, quase a metade dos municípios está na região sudeste que abarca 48,66%, enquanto que 26,11% estão no nordeste. Os menores índices nesse tipo de gestão encontram-se nas regiões centro-oeste (4,44%), região sul (7,81%) e norte (12,96%). Considerando-se a região concentrada o percentual é de 60,91% para os municípios em Gestão Plena do Sistema e 59,56% em Gestão Plena de Atenção Básica.

Especificamente em relação à saúde, os municípios assumiram a gestão dos estabelecimentos relativos a essa atividade. Como mostra Nilson R. da Costa (1999:35), em 1981 existiam 2.961 estabelecimentos municipais de saúde o que representava 22% do total nacional e, em 1992, 18.662, ou seja, 69% dos estabelecimentos do país estavam sob responsabilidade municipal. Essa ampliação ocorreu com um aumento dos repasses aos municípios e da própria arrecadação municipal, que sofreu um incremento médio anual entre 1988 e 1997 duas vezes maior que os tributos estaduais e cerca de três vezes o dos federais, segundo Nilson Costa (1999). Todavia, como nos adverte Márcio Cataia (2001:162), mesmo com o crescimento da arrecadação fiscal municipal, a arrecadação própria dos municípios depende de um conjunto de condições, tais como o grau de urbanização para recolhimento do IPTU (Imposto Predial e Territorial Urbano) e a produção de serviços para recolhimento do ISS (Imposto Sobre Serviços de

Qualquer Natureza). Para esse autor (2001:162), “as taxas e contribuições de melhorias dependem da dinamização da economia local, logo, os lugares que não possuem essas condições dependerão dos repasses das outras esferas de governo, ou seja, o Estado há que se fazer presente em vastas áreas do território”.

A maior participação dos municípios ocorre com um movimento pela descentralização fiscal, administrativa e política surgido na década de 1980 e que se consagrou na Constituição de 1988. Entretanto, como já enfatizamos, a descentralização assumida tinha um forte acento neoliberal, pautado, sobretudo, numa política de ajuste fiscal. É dentro deste contexto que há uma frenética criação de novos municípios no território brasileiro. Como mostra Márcio Cataia (2001:159-160), enquanto a União diminuía o seu gasto com os serviços públicos essenciais, estados e municípios expandiam esses mesmos gastos devido a descentralização administrativa, sem estarem, contudo, providos das condições necessárias para promover a justiça territorial dentro de seus limites político-administrativos. Conforme esse mesmo autor (2001), a guerra fiscal intensificada entre municípios e estados, a disputa acirrada por recursos tributários, produtivos, financeiros e o próprio questionamento em relação à desproporcionalidade da representação política de alguns estados e dos municípios que se sentiam “abandonados”

são indícios da crise que havia se instalado no território brasileiro. Para driblar os inúmeros problemas que se avolumavam, especialmente, naqueles lugares desprovidos de infra-estruturas básicas é que explodem o número de municípios no Brasil, incentivados ainda pelo acesso ao Fundo de Participação Municipal (FPM), que promove transferências do governo federal para os municípios. O argumento do autor é que “Aqueles lugares que se sentiram ‘abandonados’ pelas políticas públicas do governo federal encontraram, na produção de um novo município, uma forma de acesso às infra-estruturas básicas, por meio de repasses do Fundo de Participação dos Municípios (FPM). Então, mesmo do ponto de vista fiscal, não é o acesso ao FPM que move o lugar em direção à sua emancipação, mas a possibilidade de autonomia para passar a produzir seu próprio território que, obviamente, exige recursos”.

Conforme Milton Santos (1998a:27), “os prefeitos, sobretudo dos municípios menos importantes, acabam por descobrir a incapacidade de ser lugar. O que cria a vontade de uma outra forma de ser lugar. Porque ser lugar hoje é de alguma maneira subordinar-se a mandamentos do mundo”.

As prefeituras brasileiras têm um enorme grau de dependência em relação às receitas transferidas pela União e Estados. De acordo com a tabela abaixo, a transferência é inversamente proporcional ao tamanho

dos municípios: nos municípios com menos de 5.000 habitantes, o percentual de transferência é de 97,02%, enquanto que a arrecadação própria é de apenas 2,98%. Conforme aumenta o tamanho do município a arrecadação própria também cresce e a dependência com os repasses diminui, como podemos observar para os municípios com mais de 2.000.000 habitantes.

Tabela – 32
Brasil - Receita Tributária Própria e Receitas das Transferências – por porte do município -

Tamanho do municípios	% de Receitas transferidas e próprias – por porte do município		
	% de Receita Tributária Própria	% Receita das Transferências	Total das receitas
Até 5.000	2,98	97,02	100%
De 5.001 a 10.000	4,90	95,10	100%
De 10.001 a 20.000	5,46	94,54	100%
De 20.001 a 50.000	8,74	91,26	100%
De 50.001 a 100.000	14,75	85,26	100%
De 100.001 a 500.000	23,38	76,62	100%
De 500.001 a 1.000.000	26,05	73,95	100%
De 1.000.001 a 2.000.000	32,36	67,64	100%
Acima de 2.000.000	46,05	53,95	100%

Fonte: Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade. Janeiro de 2004.

As manchas de modernização que crescem no território brasileiro, graças à difusão do meio técnico-científico-informacional aceleraram o processo de urbanização que se intensifica no interior do país, contribuindo para a criação de novos municípios. A agricultura moderna expandiu as trocas entre os lugares da produção agrícola e as localidades urbanas. A ampliação do consumo consuntivo e produtivo

colaborou para transformação urbana. Os centros urbanos ganham importância respondendo não apenas as necessidades diretamente ligadas à produção como também aos influxos externos (Milton Santos:1993a).

Como consequência dessa nova dinâmica territorial assistimos ao crescimento de 23,8% no número de municípios entre 1991 e 2000, passando a divisão territorial do país de 4.491 municípios para 5.561, com 1.070 municípios novos. A maior taxa de crescimento foi de 86,8%, relativos aos municípios com até 5.000 habitantes. Todavia, esses municípios abrigam apenas 2,71% do total da população de 169.799.170 habitantes, ou seja, 4.617.749. Nesses municípios a população rural é ligeiramente maior que a população urbana, como pode ser constatado na tabela abaixo. Já, nos municípios acima de 5.000 habitantes, a população urbana é maior que a rural. Os municípios entre 5.001 até 10.000 habitantes e os com mais de 500.000 habitantes cresceram 24%. Aqueles entre 100.001 até 500.000 passaram de 162 para 194, o que representou um crescimento de 19,8% enquanto que os demais cresceram em ritmos mais lentos como podemos observar na tabela abaixo.

Tabela - 33
Municípios criados por classe de tamanho (1991/2000) e população residente – urbana e rural – 2000

Classes de Tamanho da População dos Municípios (habitantes)	Municípios Criados entre 1991 e 2000			População residente - 2000		
	1991	2000	Taxa de Crescimento	Total	Urbana	Rural
Total	4.491	5.561	23,8	169.799.170	137.953.959	31.845.211
Até 5.000	740	1.382	86,3	4.617.749	2.308.128	2.309.621
De 5.001 até 10.000	1.055	1.308	24,0	9.346.280	5.080.633	4.265.647
De 10.001 até 20.000	1.299	1.384	6,5	19.654.828	11.103.602	8.551.226
De 20.001 até 50.000	926	963	4,0	28.831.791	19.132.661	9.699.130
De 50.001 até 100.000	284	299	5,3	20.786.695	16.898.508	3.888.187
De 100.001 até 500.000	162	194	19,8	39.754.874	37.572.942	2.181.932
Mais de 500.001	25	31	24,0	46.806.953	45.857.485	949.468

Fonte: Indicadores Sociais Municipais/2000/Brasil/IBGE, Departamento de População e indicadores Sociais. – Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

Do total de 1.070 novos municípios, 57% tem uma população até 5.000 habitantes. Em números relativos os municípios entre 5.001 e 10.000 e entre 10.001 até 20.000 habitantes correspondiam a 39,2% do total de 1.070 municípios criados. A participação relativa cai para os municípios acima de 20.000 habitantes.

Tabela - 34
Municípios instalados, segundo as Grandes Regiões – Brasil 1991/2001

Grandes Regiões	Municípios Instalados		Ano da Instalação		
			1993	1997	2001
	Total				
	Absoluto	%			
Brasil	1.070	100	483	533	54
Norte	151	14,1	100	51	-
Nordeste	283	26,4	49	229	5
Sudeste	236	22,1	101	133	2
Sul	316	29,5	185	101	30
Centro-Oeste	164	15,3	48	40	30

Fonte: Indicadores Sociais Municipais/2000/Brasil/IBGE, Departamento de População e indicadores Sociais. – Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

As regiões brasileiras que mais criaram municípios nesses últimos dez anos foram respectivamente a região Sul que se destaca com a criação de 316 novos municípios, seguida pelo nordeste com 283 novos municípios e o Sudeste com 236.

Tabela - 35
Municípios criados, segundo as classes de tamanho da população – Brasil – 1991/2001

Classes de Tamanho da População dos Municípios (habitantes)	Municípios Criados	
	Total	%
Total	1.070	100
Até 5.000	610	57,0%
De 5.001 até 10.000	280	26,2%
De 10.001 até 20.000	139	13,0%
De 20.001 até 50.000	28	2,6%
De 50.001 até 100.000	7	0,7%
De 100.001 até 500.000	6	0,6%
Mais de 500.001	-	-

Fonte: Indicadores Sociais Municipais/2000/Brasil/IBGE, Departamento de População e indicadores Sociais. – Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

Mas, como já vimos, esse crescimento do número de municípios não foi acompanhado por um dinamismo econômico. Eugênio Vilaça Mendes (1998) mostrava que do total de municípios existentes em 1998, 2.947, ou seja, 53,5% não arrecadavam, sozinhos, o suficiente sequer para sustentar as despesas com prefeitos e câmaras de vereadores. O grau de dependência pode também ser vislumbrado, com variação dos domicílios com rendimentos de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo. Conforme diminui o tamanho da população do município, cresce o percentual de domicílios com rendimentos de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo, especialmente nas regiões norte e nordeste, que estão acima da média nacional de 22,1%. Os municípios com até 5.000 e com mais de 100.000 habitantes tem percentual acima da média regional, em diferentes regiões do país, exceto no sul (8,4% para os municípios entre 50.000 a 100.000 habitantes).

Os domicílios da região sul têm o menor percentual de domicílios com rendimentos de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo. Nos municípios com mais de 500.000 habitantes, apenas nas regiões norte (12,4%) e nordeste (16,5%), o percentual é superior a média nacional de 8,8%. Esses dados supracitados revelam a dependência que as populações com rendimentos tão exíguos tem em relação aos serviços de saúde públicos.

Tabela -36

Proporção de Domicílios com crianças de até 14 anos de idade, com rendimento domiciliar *per capita* de até ½ salário mínimo e com responsável com menos de 4 anos de estudo (%)

	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Total	22,1	31,4	43,1	10,7	10,0	14,2
Até 5.000	31,1	45,3	59,9	25,2	15,6	25,3
De 5.001 a 10.000	36,2	43,4	59,4	27,1	17,0	25,1
De 10.001 a 20.000	39,2	44,1	59,2	21,8	15,8	21,3
De 20.001 a 50.000	35,8	43,6	55,9	17,1	11,7	19,4
De 50.001 a 100.000	23,8	36,7	43,5	11,1	8,4	15,1
De 100.001 a 500.000	12,4	18,7	28,7	8,0	6,4	11,4
Mais de 500.000	8,8	12,4	16,5	6,0	4,2	6,9

Fonte: Indicadores Sociais Municipais/2000/Brasil/IBGE, Departamento de População e indicadores Sociais. – Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

A análise da pobreza, no geral, não pode ser desacompanhada pela análise das condições de vida nos lugares. Um breve olhar em relação ao saneamento básico possibilita descortinar os problemas enfrentados no cotidiano de milhares de pessoas e que interferem diretamente na sua saúde.

Tabela - 37**Distribuição percentual de domicílios particulares permanentes, por situação de domicílio e forma de abastecimento de água – por classe de população dos municípios - 2000**

Domicílios particulares permanentes, por situação de domicílio				
Urbana				
Forma de Abastecimento de água (%)				
	Rede Geral	Poço ou nascente	Não canalizada	Outra forma
	Total	Total		
Brasil	89,8	7,1	1,8	3,1
até 5.000	88,6	6,2	1,6	5,3
de 5001 até 10.000	88,1	7,1	2,2	4,8
de 10.001 até 20.000	85,7	8,6	2,9	5,7
de 20.001 até 50.000	85,1	9,9	3,3	5,0
de 50.0001 até 100.000	87,2	9,4	2,3	3,4
de 100.001 até 500.000	89,6	8,1	1,6	2,3
mais de 500.000	93,7	4,2	0,9	2,1

Fonte: Indicadores Sociais Municipais/2000/Brasil/IBGE, Departamento de População e indicadores Sociais. – Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

No geral, entre as distintas classes de tamanhos de municípios o percentual de domicílios particulares ligados à rede de abastecimento de água fica em torno dos 85% a 90%, sendo que apenas os municípios com mais de 500.000 habitantes ultrapassaram a média nacional que era de 89,8%, atingindo 93,7%. O uso de poço ou nascentes é um recurso comum em muitos municípios brasileiros. Os percentuais mais elevados para as áreas não canalizadas aparecem nos municípios entre 5.001 até 100.000 habitantes com índices superiores a média nacional que era de 1,8%. Os serviços de abastecimento básico são precários nos municípios com até 20.000 habitantes quando comparado aos municípios maiores. Em

relação à rede geral de esgotamento sanitário urbano, em 2000, a situação é não é muito diferente, já que somente os municípios com população acima de 100.000 habitantes superam a média nacional de 56% que é também baixa:

Tabela - 38

Distribuição percentual de domicílios particulares permanentes, por situação do domicílio e forma de abastecimento de água – Brasil e Grandes Regiões - 2000

	Domicílios particulares permanentes, por situação de domicílio							
	Urbana				Rural			
	Tipo de esgotamento sanitário (%)				Tipo de esgotamento sanitário (%)			
	Rede Geral	Fossa Séptica	Outra forma	sem instalação sanitária	rede geral	Fossa séptica	Outra Forma	Sem instalação sanitária (%)
Brasil	56	16	25,1	2,9	3,3	9,6	51,8	35,3
até 5.000	33,4	12,4	48,4	5,8	1,6	9,1	61,8	27,5
de 5001 até 10.000	34,7	11,8	47,0	6,5	1,5	8,0	56,9	33,6
de 10.001 até 20.000	35,5	14,0	44,2	6,3	1,4	7,3	51,1	40,3
de 20.001 até 50.000	42,0	15,0	37,5	5,5	1,8	7,8	48,3	42,1
de 50.0001 até 100.000	48,9	17,3	30,8	3,1	4,1	11,9	52,0	32,0
de 100.001 até 500.000	58,6	19,6	19,9	1,7	4,8	21,4	54,0	19,7
mais de 500.000	70,0	14,1	14,5	1,4	38,3	18,3	38,3	5,1

Fonte: Indicadores Sociais Municipais/2000/Brasil/IBGE, Departamento de População e indicadores Sociais. – Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

O uso de fossa séptica e de outras formas não especificadas de esgotamento sanitário atinge índices alarmantes, principalmente, quando consideramos que diversos tipos de doenças são adquiridos pela precariedade e pela ausência de esgotamento sanitário. No meio rural a média nacional de municípios sem instalação sanitária é de 35,3% contra

2,9% no meio urbano. No geral, os municípios menores apresentam as maiores taxas em relação a falta de qualquer tipo de instalação sanitária.

O uso desigual dos serviços de abastecimento entre as regiões do país mostra a seletividade com que os equipamentos públicos foram se difundindo pelo país. O percentual médio dos domicílios particulares permanentes ligados a rede geral de abastecimento de água no Brasil é de 89,8%. Apenas as regiões sudeste e sul estão acima do índice nacional, com 94,6% e 93,4% respectivamente. O uso de poço ou nascentes é elevado no nordeste e centro-oeste superando o índice nacional de 7,1%. O nordeste aparece entre as regiões com percentual mais elevado (10,6%) em relação à rede não canalizada.

Tabela – 39

Distribuição percentual de domicílios particulares permanentes, por situação do domicílio e forma de abastecimento de água – Brasil e Grandes Regiões - 2000

Domicílios particulares permanentes, por situação de domicílio				
Urbana				
Forma de Abastecimento de água (%)				
	Rede Geral	Poço ou nascente	Não canalizada	Outra forma
	Total	Total		
Brasil	89,8	7,1	1,8	3,1
Norte	62,5	30,6	10,6	7,0
Nordeste	85,5	6,4	3,0	8,1
Sudeste	94,6	4,2	0,6	1,2
Sul	93,4	5,3	0,5	1,3
Centro-Oeste	82,4	15,4	2,4	2,2

Fonte: Indicadores Sociais Municipais/2000/Brasil/IBGE, Departamento de População e indicadores Sociais.
– Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

É necessário observar que as diferenças entre as regiões e entre os municípios de diferentes classes de tamanho se reproduzem em cada município brasileiro. Dessa forma é que as redes de saneamento básico não estão em todos os lugares dos municípios, pois também são seletivamente difundidas, como se pode observar em Salvador, capital da Bahia. Em bairros nobres como de Pituba, Graça e Vitória, os índices de mortalidade infantil eram, em 1997, de cinco a oito crianças a cada mil nascidas; já em bairros onde a renda da população é baixa e há carência de serviços de saneamento básico, os números saltaram para 78 mortes por mil nascidos, como em Paripe, Valéria (110), Águas Claras (125) Couto (146). Essa tendência de disparidade na cobertura dos serviços de saneamento básico, também, está diretamente relacionada ao nível de renda da população como mostra um estudo do Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade (2004). “Em 1999, apenas 32% dos 40% mais pobres da população tinham acesso a serviços de abastecimento de água e esgotamento sanitário, ao passo que os 10% mais ricos esta cobertura era de 80%”. A universalização do saneamento básico é fundamental para se manter a qualidade de vida e saúde da população e, por conseguinte, diminuir os gastos relacionados a saúde já que muitas doenças são decorrentes da precariedade desses serviços.

Muitos dos problemas de saúde da população brasileira advém,

outrossim, das péssimas condições de moradia dos habitantes mais pobres.

Tabela - 40

Existência de favelas ou assemelhados nos municípios por classe de tamanho - 2002

Grandes Regiões	Municípios, por existência de favelas ou assemelhados						
	Total de municípios	Existência		Cadastro ou levantamento		Unidades cadastradas	
		Sim	Não	Sim	Não	Total de Favelas	Total de domicílios em favelas
Total	5.560	1269	3970	704	557	16433	2.362.708
Até 5.000 hab.	1.371	83	1253	44	38	155	2021
De 5001 a 20.000 hab	2.668	492	2037	234	255	1184	39323
De 20.001 a 100.000 hab	1.275	508	649	274	231	5390	133347
De 100.001 a 500.000 hab.	194	154	31	122	31	3513	533281
Mais de 500.000 hab.	32	32	-	30	2	6191	1654736

Fonte: Indicadores Sociais Municipais/2000/Brasil/IBGE, Departamento de População e indicadores Sociais. – Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

A presença de favelas na paisagem urbana, especialmente, dos grandes centros é um fenômeno que se tornou comum. No Brasil, existiam 2.362.708 domicílios em favelas, dos quais 1.654.736 estavam nas cidades com mais de 500.000 habitantes. Nos municípios maiores os contrastes entre as condições de vida dos moradores das favelas e as dos demais tendem a ser maiores. “Nos municípios com mais de 2.000.000 de habitantes, a renda *per capita* dos não-moradores de favelas é quase 4

vezes maior que a dos favelados e a incidência da pobreza nas favelas é 140% maior que fora delas. Já nos Municípios que têm entre 5.000 e 10.000 habitantes, a diferença de renda não chega a 50% e a proporção de pobres dentro e fora das favelas é praticamente idêntica” (Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade: 2004).

O uso corporativo do território se reproduz nos municípios brasileiros, em graus diferenciados, todavia, sua ação nociva pode ser percebida quando defrontamos a difusão seletiva dos equipamentos públicos e o seu uso desigual pelo conjunto da população.

Uma pesquisa realizada pela Fundação Seade para a região metropolitana de São Paulo constatou que 48,27% dos postos de saúde, 48,54% dos centros de saúde, 30,10% dos pronto-socorros e 67,15% dos leitos hospitalares, em 1998, estavam concentrados no município núcleo. Chama a atenção, ainda, a pesquisa em relação à distribuição geográfica dos hospitais na região metropolitana de São Paulo:

Tabela - 41
Região Metropolitana de São Paulo e Município de São Paulo –
Distribuição de Hospitais, por entidade mantenedora - 1991

	Particular	Municipal	Estadual	Federal	Total
A- R.M	216	17	28	9	270
B - Município de SP	131	13	18	8	170
B/A	60,64%	76,47%	64,28%	88,88%	62,96%

Fonte: Sumário de Dados da Grande São Paulo, 1992.

O município núcleo concentrava mais de 60% desses equipamentos de saúde e 80% dos hospitais eram particulares, contra 6,29% municipais, 10,37% estaduais e 3,33% federais.

A análise da distribuição dos hospitais públicos e privados no município núcleo revela, ainda, que as maiores concentrações ocorrem no centro histórico e no centro expandido, ambos reunindo 71 hospitais, ou seja 41,75%, seguido pela zona norte (20%), zona sul (14,70%), sudeste (11,17%), zona leste (8,23%) e zona oeste (4,11%). A pesquisa realizada, em 1996, pela Pontifícia Universidade Católica (PUC) de São Paulo, Mapa da Exclusão/Inclusão Social na cidade de São Paulo, mostrava a disparidade do uso dos serviços básicos no município de São Paulo, coincidindo os resultados com a classificação realizada pela Emplasa (Empresa Metropolitana de São Paulo), em 1992. Tais dados mostram uma tendência a seletividade dos equipamentos de saúde que se concentraram nas zonas que historicamente tem recebido mais intensamente os novos vetores de modernização, enquanto que os subdistritos mais pobres, distantes do centro, receberam os piores índices de classificação em relação a qualidade de vida. Subdistritos como Parelheiros (zona sul), Sapopemba (Sudeste), Itaim Paulista, São Mateus, Vila Jaraguá (zona leste) e Nossa Senhora do Ó, Limão (zona norte) não contavam nesta data com nenhum hospital para atender sua população.

(Sumário de Dados da Grande São Paulo:1992). A organização seletiva dos sistemas de objetos e de ações nas áreas metropolitanas, especialmente dos hospitais, faz com que os pacientes se tornem muitas vezes um simples fluxo no território, pois para alcançar os serviços de que necessitam, muitas vezes, precisam percorrer diversos serviços até conseguir resolver os problemas de saúde que enfrentam. Não raro, estes deslocamentos são estimulados pelo próprio atendimento precário que recebem nos postos e centros de saúde que deveriam funcionar junto com as unidades básicas como a porta de entrada no sistema de saúde público. Nas áreas metropolitanas essa peregrinação torna-se extremamente custosa e muitas vezes acaba desestimulando a procura dos serviços de saúde. Os custos elevados dos transportes prejudicam, principalmente, as camadas da população mais pobres, cerceadas do direito fundamental à mobilidade. Em São Paulo, famílias que recebiam acima de R\$ 2.100 usam 8,6 vezes mais o espaço urbano do que a população que ganha até dois salários mínimos (Folha de São Paulo: 27/09/1998). Em Recife, um trabalhador que recebe um salário mínimo desloca-se duas vezes menos que uma pessoa na faixa entre 15 e 30 salários mínimos (Pesquisa Origem e Destino:1997). Em 1997, os deslocamentos a pé no município de São Paulo superaram os realizados por ônibus e metrô, enquanto que os veículos individuais apareciam em 3º lugar.

As péssimas condições dos transportes coletivos oneram ainda mais os exíguos ganhos dos moradores, especialmente, das periferias urbanas que dependem quase que exclusivamente destes meios para se locomover e, muitas vezes, impedem que seus habitantes consigam tratamento de saúde contínuo. As grandes distâncias percorridas, somadas aos preços elevados das passagens, bem como as péssimas qualidades dos serviços prestados são elementos que se conjugam piorando a qualidade de vida dos moradores e criando uma imobilidade relativa (Milton Santos:1990) das populações que aí vivem. O território, assim fragmentado, aprisiona e empobrece ainda mais as condições de vida de seus habitantes, na medida em que às dificuldades de mobilidade se somariam a falta dos bens e serviços públicos, como os de saúde.

As normatizações do SUS incidem neste território de imensos contrastes. A análise das condições de vida sob a ótica do território usado e do lugar pode oferecer um retrato das dimensões do papel social que o Sistema Único de Saúde representa para o conjunto da sociedade brasileira. Sua importância pode ser mensurada quando lembramos que 120 milhões de brasileiros dependem exclusivamente deste sistema público de saúde para o seu atendimento. Os obstáculos para que o SUS cumpra o seu papel de atendimento universalizado passa pelo crivo da política. Portanto, discutir o SUS é também discutir os rumos políticos

adotados pelo país. As opções políticas que abarcaram diversas decisões sobre o uso do território brasileiro, especialmente, a partir da década de 1990, quando é implantado esse sistema de saúde acabaram rebatendo no seu funcionamento. As incertezas em relação ao financiamento do SUS, como já enfatizado, comprometem as ações de saúde, mormente, de cunho preventivo. Cria-se uma tensão permanente no território, captada, sobretudo nos lugares. Como argumenta Milton Santos (1998a:27) “o lugar se opõe ao território porque o lugar é chamado a responder interesses de atores peregrinos enjaulados, mas poderosíssimos, que arrastam o lugar frente ao que eles desejam impor para poder realizar seus fins, criando o vazio”.

Por outro lado, os distintos conteúdos do território brasileiro condicionaram e condicionam a oferta dos serviços de saúde públicos e privados nos lugares, já que as características espaciais dos lugares juntamente com as econômicas, demográficas e sociais constituem elementos essenciais para entendermos as diferenciações geográficas das atividades ligadas a saúde.

9.3 - A dispersão dos equipamentos de saúde no território brasileiro

A rede de serviços públicos e privados é formada por estabelecimentos com distintos graus de incorporação tecnológica. Desse modo, os objetos banais da saúde são aqueles que possuem um menor grau de incorporação tecnológica, ou que atuam nos níveis primário e secundário de atenção e que, de forma geral, são mais abundantes e se encontram mais dispersos no território brasileiro. Incluem-se, entre esses, postos de saúde, centros de saúde, unidades mistas, policlínicas, entre outros. Os objetos raros corresponderiam aquelas com maior incorporações tecnológicas, dirigidas aos atendimentos de nível terciário, englobando os hospitais e as clínicas médico-ambulatoriais, cuja distribuição é mais concentrada no território.

Faz-se mister para entendermos a configuração dos serviços de saúde, traçarmos, de um lado, uma tipologia dos equipamentos médico-hospitalares, em função do seu grau de incorporação tecnológica e, de outro lado, sua topologia, isto é, sua distribuição no território brasileiro. A análise da tipologia e da topologia revela as contradições entre abundância e raridade que marcam a organização dos serviços de saúde em nosso país e sua profunda ligação com o uso do território brasileiro pelos distintos

agentes. Essas contradições, de um lado, são fruto das opções políticas, que geraram uma distribuição qualitativamente e quantitativamente desigual dos objetos de saúde no território nacional, e, de outro lado, do próprio conteúdo técnico dos lugares.

Com base em Paulo Elias (1998) e Jacob Kligerman (2000), realizamos uma breve classificação dos equipamentos de saúde oferecendo uma tipologia, conforme os diferentes níveis de atendimento:

Nível primário: oferecem, no geral, serviços externos, ambulatoriais, nas áreas de promoção da saúde (por exemplo, puericultura, vacinação, cuidados pré-natais e fluoretação dentária) e prevenção e detecção de doenças (por exemplo, hipertensão, o câncer e a diabetes melito), funcionando essencialmente com base em quatro áreas fundamentais da atividade médica: pediatria, ginecologia, clínica médica e medicina social.

Postos de saúde: oferecem atendimentos externos, prestando a população assistência à saúde utilizando-se de procedimentos mais simplificados. Praticamente não há incorporação de equipamentos e os profissionais de saúde são de nível médio (atendentes e auxiliares de enfermagem), enquanto que os profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) não fazem parte do quadro permanente de funcionários.

Centros de saúde – oferecem atendimentos externos, caracterizam-se por prestar assistência médica em clínicas básicas (clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia). São mais complexos que os postos de saúde, contando com assistência médica com uma pequena incorporação tecnológica. Dispõe de profissionais de nível superior em seu quadro de funcionários.

Unidade mista – atua no nível primário, oferecendo, além de todos os procedimentos existentes nos centros de saúde, leitos para internação nas áreas de pediatria, obstetrícia, clínica médica, cirurgia e de emergência. Apresenta um maior grau de incorporação tecnológica e dispõe de profissionais de nível superior com maior qualificação, que prestem atendimento nas áreas gerais da medicina.

Nível secundário – concentra-se as maternidades, os pronto-socorros (estabelecimento com atendimento contínuo para as situações de urgência e emergência médica e/ou odontológica, tendo aqueles com leitos destinados à observação e /ou à acomodação daqueles que aguardam remoção hospitalar), os hospitais distritais, além das policlínicas (que apresentam atendimento ambulatorial especializado), clínicas, casas de

saúde ou centros médicos, em que se contempla um atendimento ambulatorial e de internação, clínico, cirúrgico, restrito, ou não, a uma especialidade (por exemplo, uma clínica de doenças respiratórias ou em centro de urgências pediátricas).

Nível terciário - concentra os hospitais, estabelecimentos voltados essencialmente para a assistência médica em regime de internação, geralmente em áreas urbanas, funcionando dia e noite. Possuem distintos graus de incorporação tecnológica, dispendo de médico e pessoal de enfermagem em regime permanente. Podem ser classificados segundo o porte (pequeno, médio ou grande) e o grau de incorporação tecnológica (pequeno, moderado e grande), sendo que alguns deles são voltados exclusivamente para o atendimento mais especializado.

Tipos de hospitais:

Gerais (por exemplo, um hospital estadual).

Clínicas (por exemplo, os hospitais universitários).

Especializados no tratamento ou estudo de alguma doença (que se podem denominar centros, hospitais ou institutos).

Pela diversidade dos componentes do nível terciário tem-se utilizado a denominação terciário-quaternário ou de alta complexidade para os

serviços mais complexos desse nível, como é o caso das unidades hospitalares do Instituto Nacional do Câncer.

A combinação de distintas densidades técnicas somadas às características populacionais (nível de renda da população, densidade demográfica, inserção dos trabalhadores no mercado formal de trabalho, entre outros), bem como, o dinamismo econômico dos lugares, o grau de urbanização, e o papel da fluidez territorial são alguns dos fatores que poderão desvendar a relação que se estabelece entre o mercado e o Estado. É possível reconhecer uma dupla ação simultânea, que envolve essa relação entre a distribuição dos serviços de saúde com a densidade técnica do território. As topologias dos serviços de saúde se dão sobre uma dada fração do território, que revela, por sua vez, sua força na constituição desse mapa das especializações. O movimento entre a oferta e a procura depende dessa interação, produzindo áreas de rarefação e áreas de acumulação dos serviços de saúde.

(Desse modo, a dispersão dos equipamentos de saúde no território não é indiferente aos conteúdos de técnica, ciência e informação, como já elucidamos. A sua distribuição no território é o resultado tanto da lógica do Estado como também da lógica das empresas). Como enfatiza Milton Santos (08/04/2001), “o setor público pode instalar-se nos lugares e esperar pela demanda, o setor privado tende a se alojar nas regiões onde a demanda já

existe ou tem uma perspectiva de desenvolver-se, sob a cadência de uma nova oferta”. A perversidade dessa lógica que tem guiado a distribuição dos serviços de saúde no território brasileiro está justamente calcada no fato de que o Estado promoveu a estruturação de uma rede privada de serviços mais complexos, concentrada em poucos lugares do território, como o sistema hospitalar e que tem historicamente absorvido boa parte dos recursos públicos, comprometendo a universalização do próprio sistema de saúde, na medida em que faltam recursos para os serviços banais, com menor incorporação tecnológica e que são, sobretudo, encampados pelo poder público, estando mais bem distribuídos no território brasileiro. A tipologia e topologia desses serviços são dependentes desse jogo de circunstâncias que produziu uma “configuração territorial caprichosa” (Milton Santos:08/04/2001).

A rede ambulatorial do SUS englobava, em 2002, 63.650 estabelecimentos, dos quais 79% pertencem aos prestadores públicos e, 21% são privados, encontrando-se subdivididos entre os seguintes prestadores:

Tabela – 42
Prestadores de serviços de saúde e número de unidades
Absoluto e relativo – 2002.

Prestadores	Número de Unidades	%
Ministério da Saúde	207	0.32
Outros órgãos federais	119	0.18
Privados	10.052	15.79
Estaduais	1.808	2.84
Municipais	47.955	75.34
Filantrópicos	2.174	3.41
Universitários Públicos	216	0.33
Sindicais	1.043	1.63
Universitários Privados	76	0.11
Total	63.650	100%

Fonte: Datasus – 2002.

Os prestadores municipais englobavam 75,34% das unidades de saúde, contra 2,84% dos estaduais e apenas 0,18% dos federais. A segunda maior participação é dos estabelecimentos privados com 15,79%. Como já enfatizamos, os objetos técnicos com menor incorporação tecnológica e, portanto, com menor capacidade de auferir lucro, é em sua maior parte pertencente ao poder público. Desse modo, temos 98,41% de postos de saúde públicos contra 1,58% privados e, 95,41% de centros de saúde públicos e 4,68% privados.

Tabela – 43
Postos de saúde e centros de saúde – segundo sua natureza pública e privada
Em números absolutos e relativos - 2002

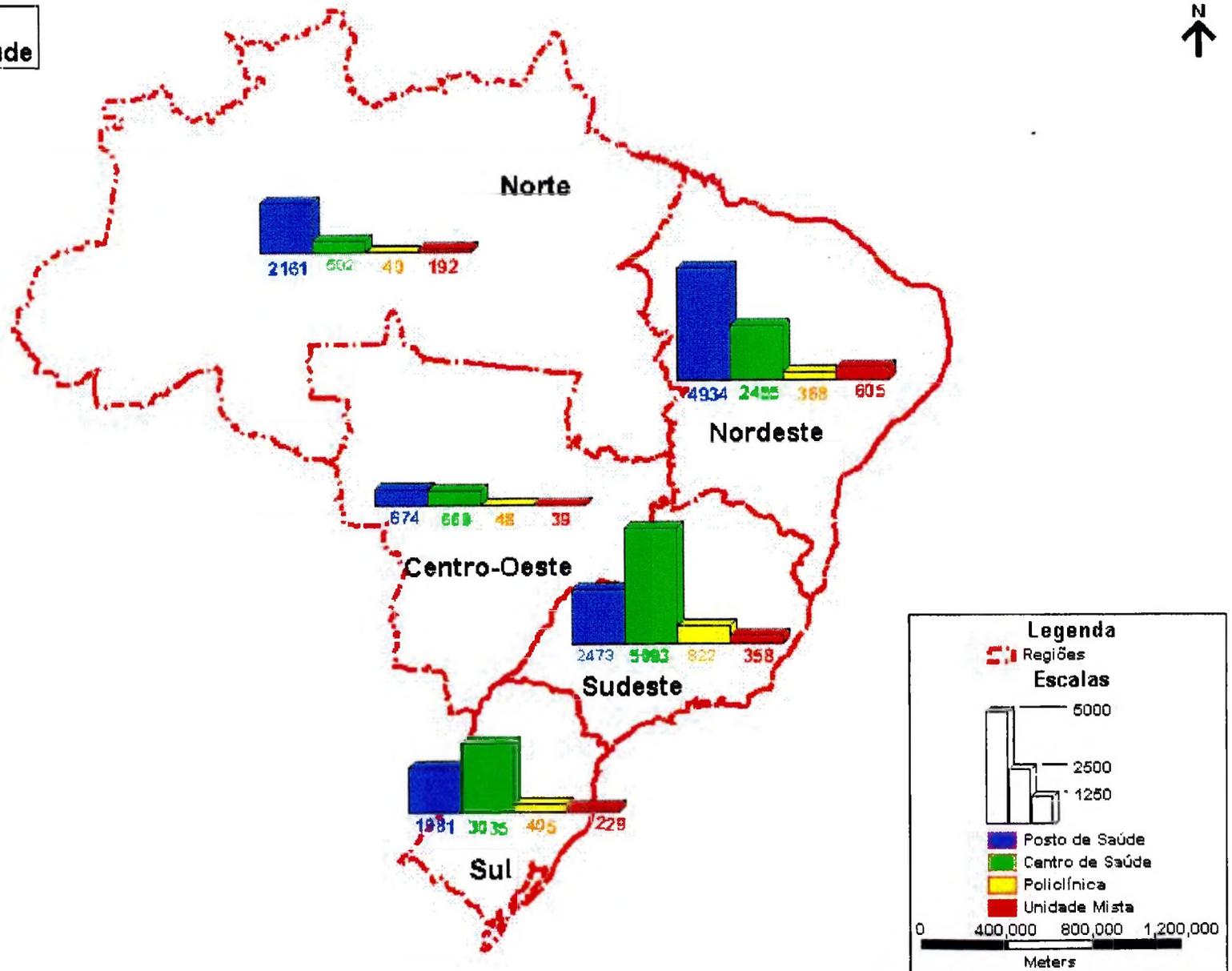
Tipo de Unidade	Público		Privado		Total	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Postos de Saúde	12.029	98,41	194	1,58	12.223	100
Centros de Saúde	11.215	95,41	539	4,68	11.754	100

Fonte: Datasus – 2002.

A rede ambulatorial corresponde a 91,65% dos estabelecimentos e a rede hospitalar a 9,10%.

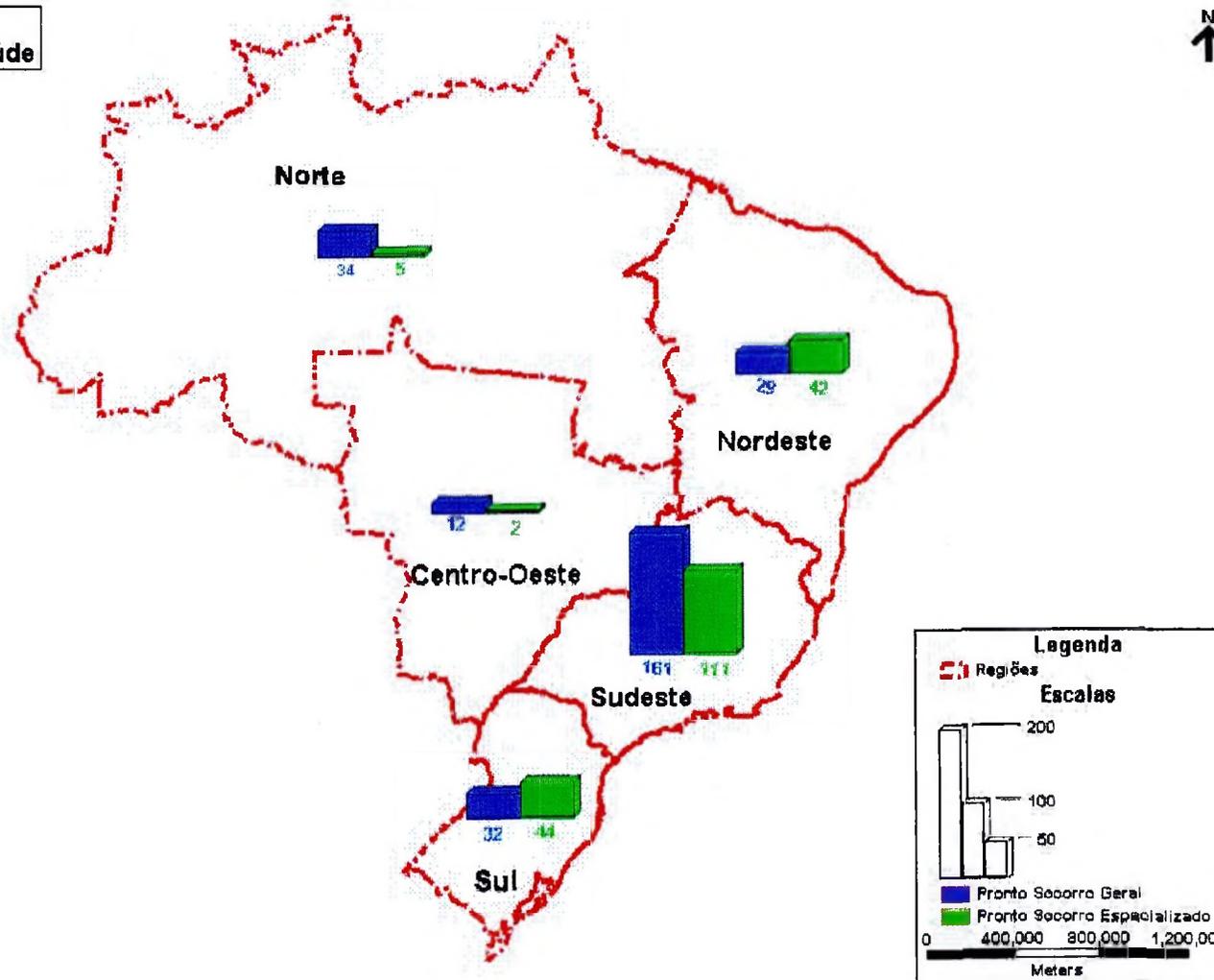
Como podemos observar nos mapas a seguir a distribuição das unidades de saúde é bastante heterogênea. Os postos de saúde têm uma proporção maior nas regiões norte e nordeste do país, seguido pelos centros de saúde. Já no sudeste e sul os centros de saúde são em maior número. As unidades mistas e policlínicas têm um reduzido número no território (mapa 2a). Em relação aos pronto-socorros são expressivos na região Sudeste, tanto o geral como o especializado (mapa 2b). Os consultórios prevalecem nas regiões centro-oeste, sudeste e sul do país, enquanto que no norte e nordeste as clínicas especializadas aparecem em maior número (mapa 2c). As unidades de saúde da família estão mais presentes nas distintas regiões do país, enquanto que as unidades de vigilância sanitária são mais raras.

Mapa 2a
Tipos de Unidades de Saúde



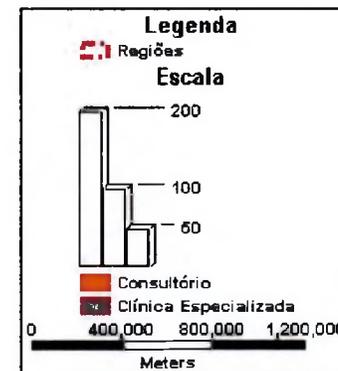
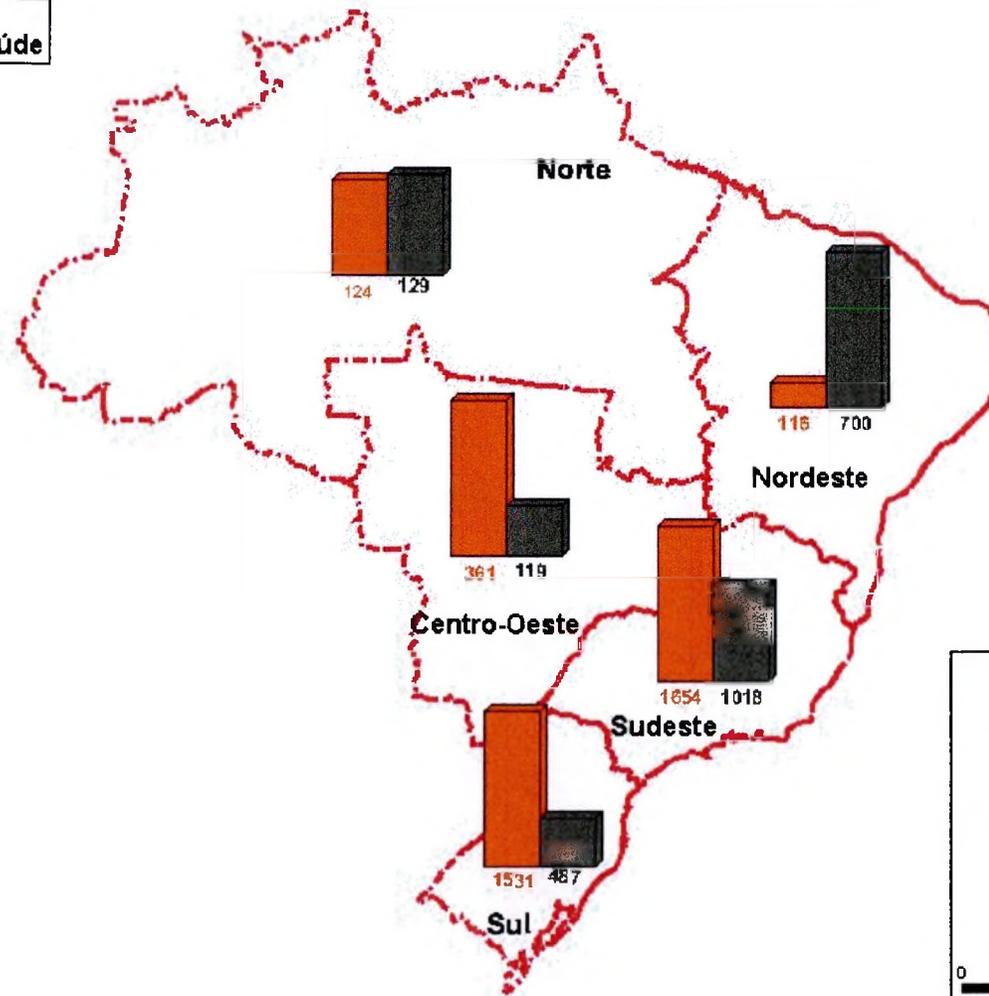
Fonte: Datasus, 2002

Mapa 2b
Tipos de Unidades de Saúde



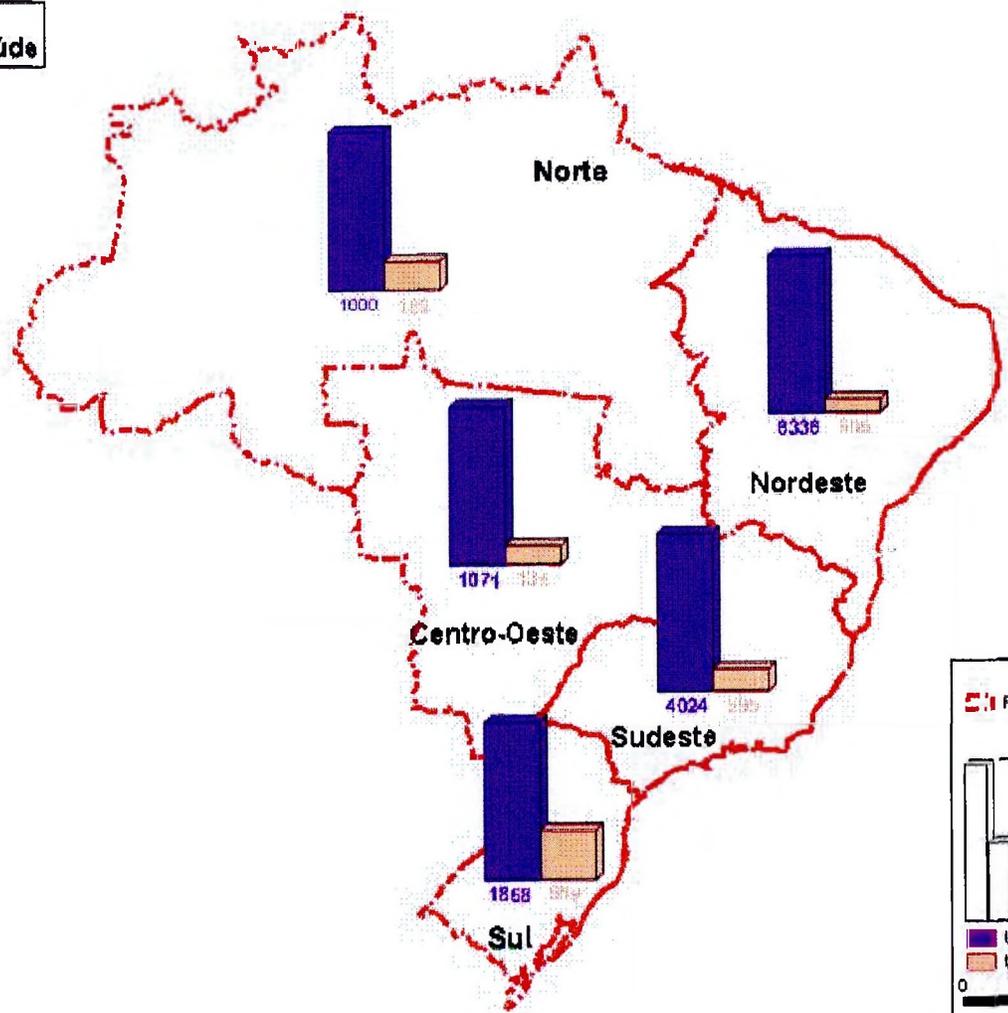
Fonte: Datasus, 2002

Mapa 2c
Tipos de Unidades de Saúde



Fonte: Datasus, 2002

Mapa 2d
Tipos de Unidades de Saúde



Legenda

Regiões

Escalas

0 400,000 800,000 1,200,000

Meters

Unidades de Saúde da Família

Unidades de Vigilância Sanitária

Fonte: Datasus, 2002

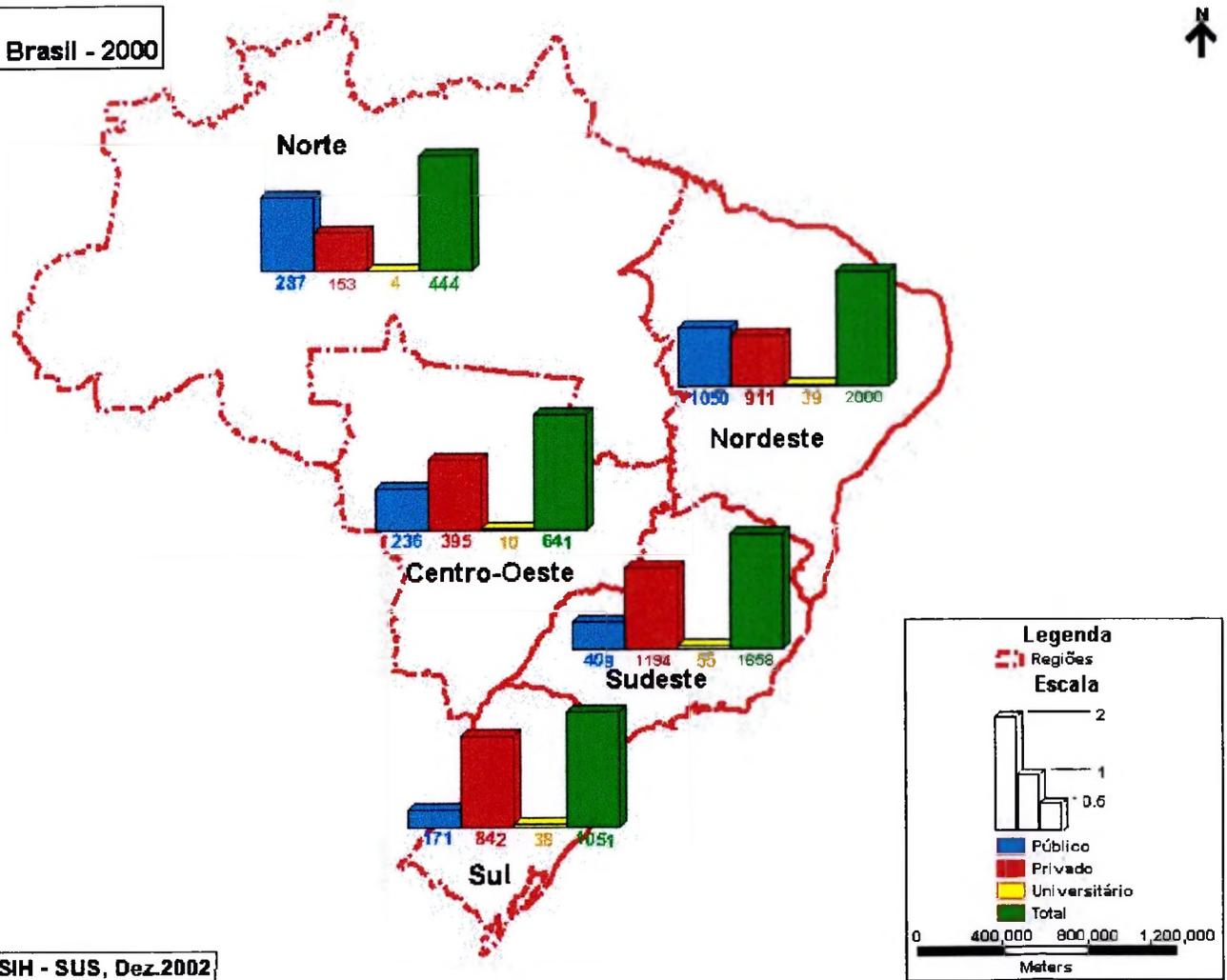
A rede hospitalar do SUS, em 2002, tinha 5.794 hospitais, dos quais 2.153 eram públicos (37,15%), 3.495 privados (60,32%) e 146 (2,51%) universitários.

Os lugares menos atrativos rechaçam os sistemas mais complexos, ao passo que, aqueles mais privilegiados tendem a recebê-los, criando-se um círculo vicioso que somente será quebrado com a presença do Estado, único ente capaz de se contrapor ao mercado e capaz de impor uma regulação da vida social nos lugares.

Dos 5.794 hospitais do SUS, 7,66% dos hospitais estão na região norte e 34,61% no Nordeste. Já, o Sudeste reunia 28,61% dos hospitais, o sul 18,13% e o centro-oeste 11,06%. Porém, quando consideramos a região concentrada, notamos que mais da metade, isto é, 57,8% dos hospitais encontram-se nela reunidos. A concentração muda, também, em função ao regime. O norte concentrava 38,71% dos estabelecimentos hospitalares privados, seguido pelo sudeste com 34,16%. O nordeste, sul e centro-oeste possuíam respectivamente 26,06%, 24,09% e 11,30% dos hospitais privados. Correspondia a região concentrada 69,55% dos hospitais privados. A região nordeste tem o maior percentual de estabelecimentos públicos, ou seja, 48,76% enquanto que o Sul apresentava 7,94%, o menor índice. O norte tinha 13,33% dos hospitais públicos, ao passo que o Sudeste

reunia 18,99% e o centro-oeste, 10,96%. Para a região concentrada esse índice alcançava o percentual de 37,89% dos hospitais públicos. Conforme podemos observar no mapa 3 a seguir.

Mapa 3
Rede Hospitalar do SUS - Brasil - 2000

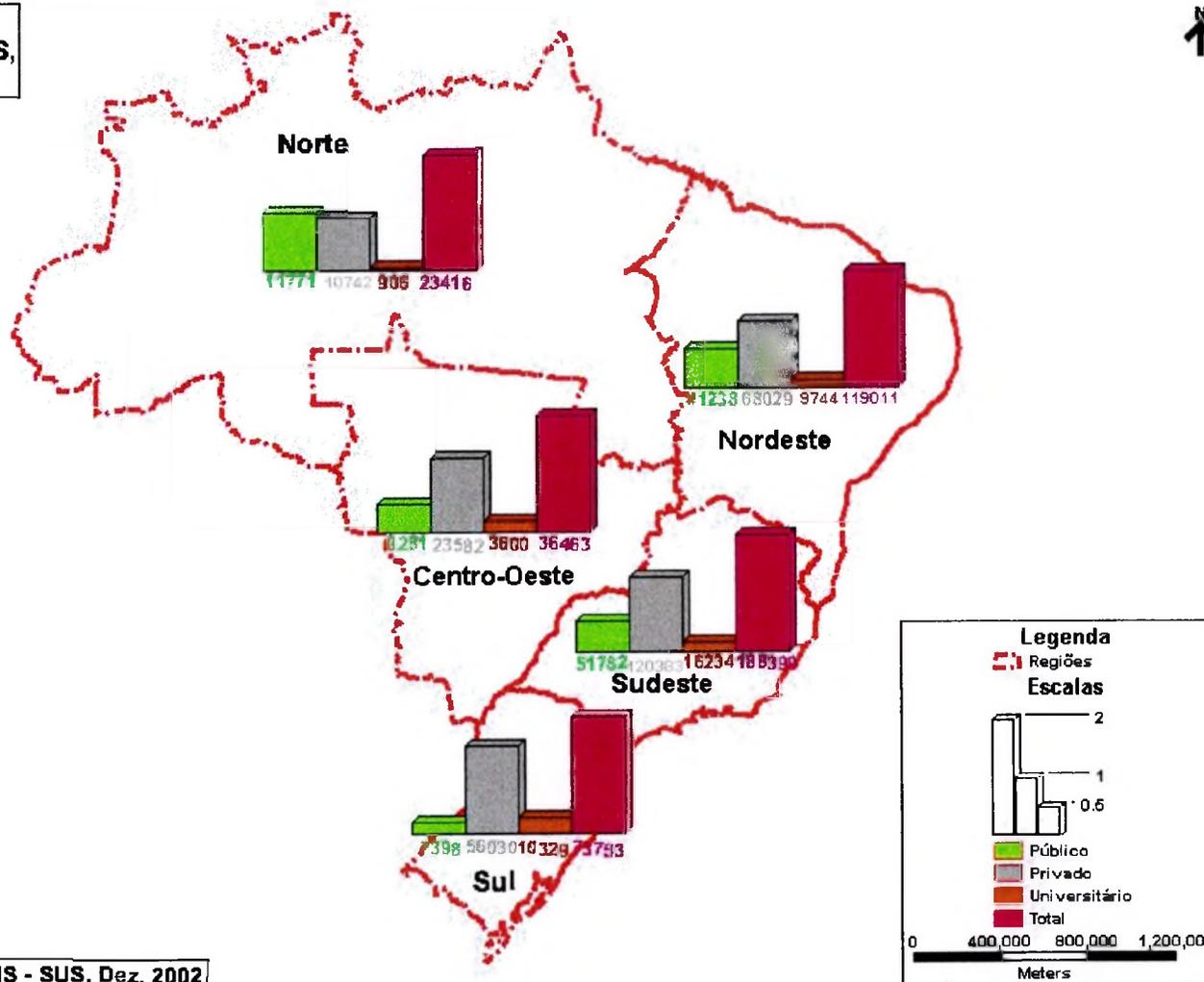


Fonte: Ministério da Saúde - SIH - SUS, Dez.2002

Do total de 146 hospitais universitários, 2,73% estavam no norte, 26,71% no nordeste, 37,67% no sudeste, 26,02% no sul e 6,84% no centro-oeste e, levando-se em conta a região concentrada, o índice era de 70,53%.

Como podemos observar no mapa 4, dos 441.045 leitos, o sudeste abarcava 42,71% dos leitos. Quando analisamos o regime, é possível observar que o Sudeste reúne um pouco menos que a metade dos leitos, dessa maneira, 42,63% dos leitos públicos, 43,18% dos privados e, 39,77% dos universitários, nos oferecendo uma dimensão da enorme concentração desses serviços. A região concentrada possuía 67,69% dos leitos hospitalares, dos quais 56,35% eram públicos, 43,18% privados e 39,77% eram universitários.

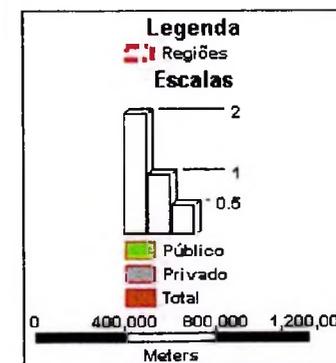
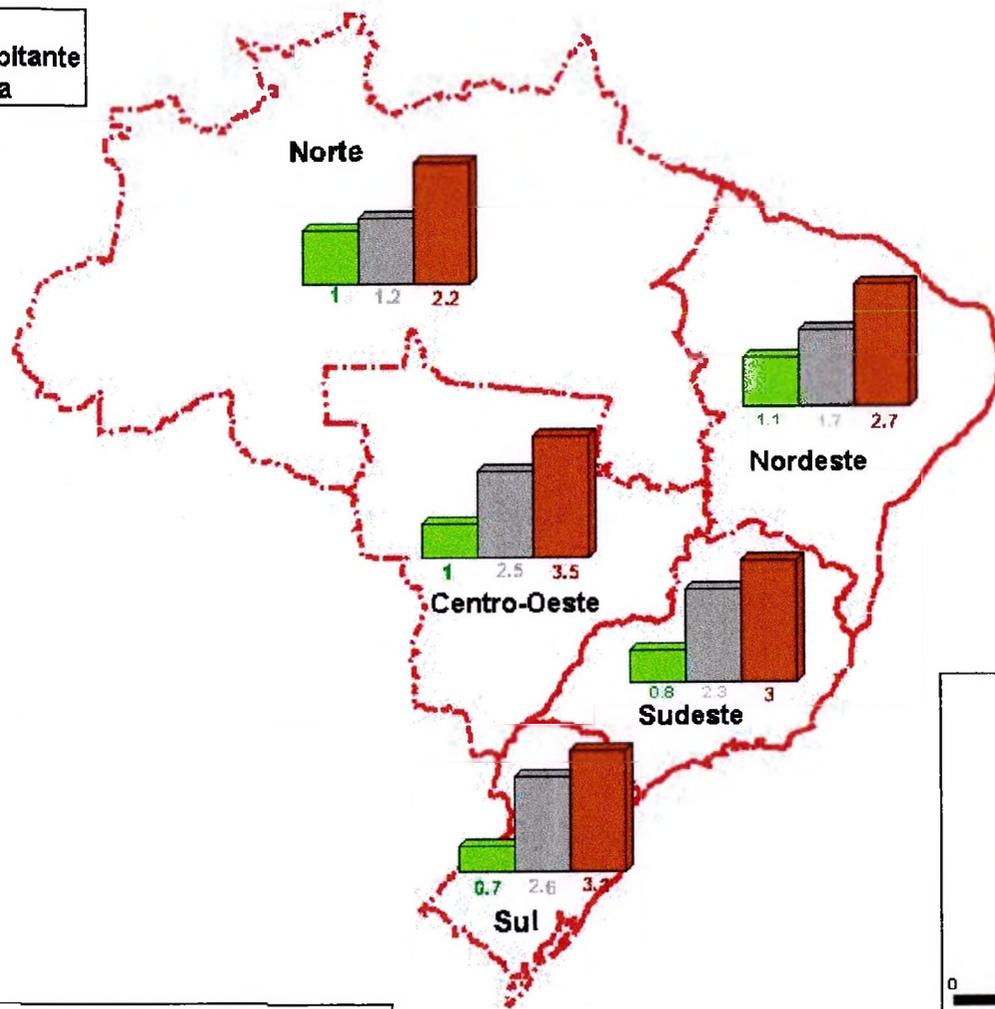
Mapa 4
Leitos hospitalares do SUS,
segundo o regime



Fonte: Ministério da Saúde - SIS - SUS, Dez. 2002

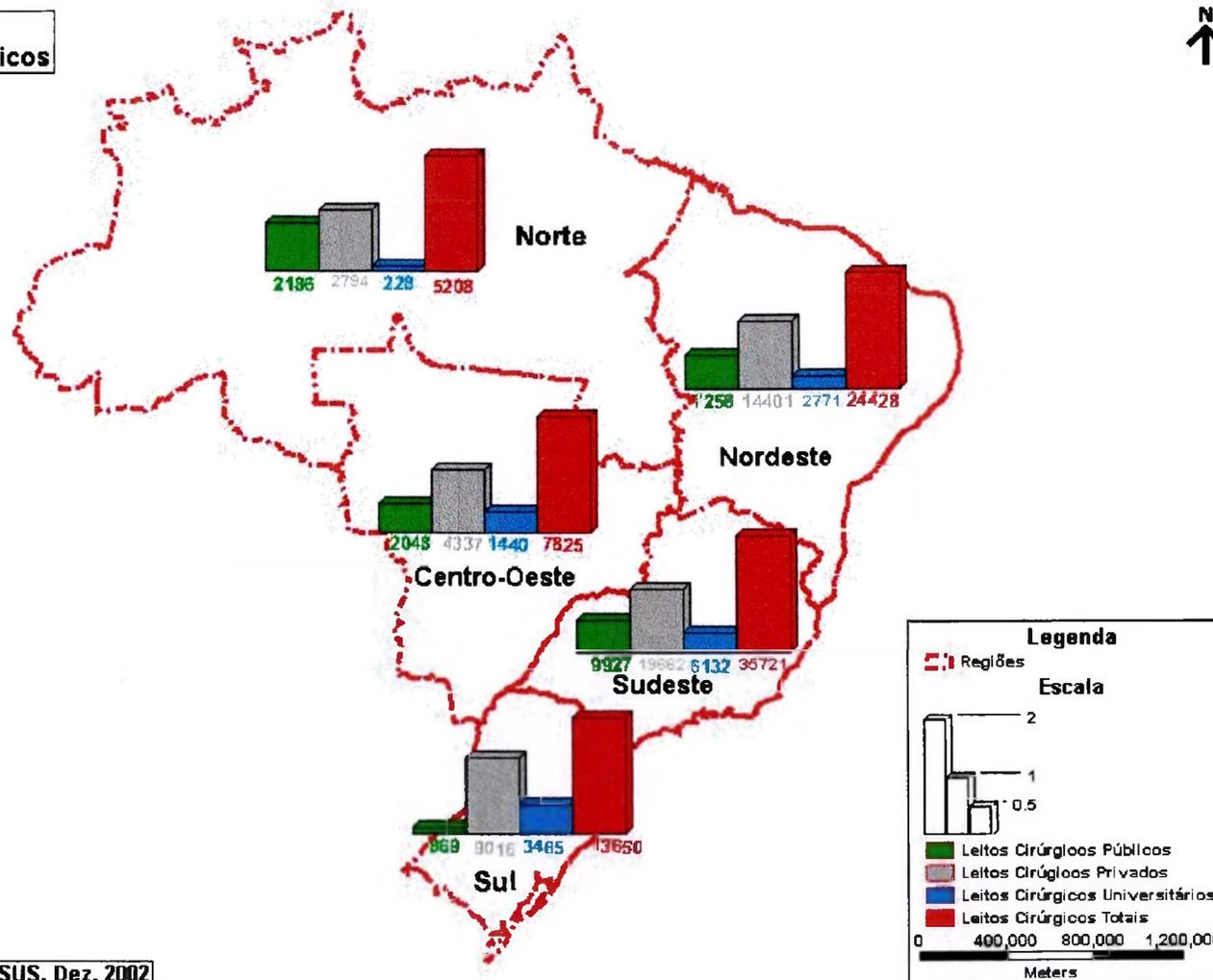
A relação leitos por mil habitantes é também desigual no país, principalmente quando consideramos as esferas pública e privada, com predomínio do coeficiente de leitos privados em todas as regiões brasileiras, em detrimento dos públicos. (mapa 5)

Mapa 5
Relação leito hospitalar-habitante
Por esfera pública e privada



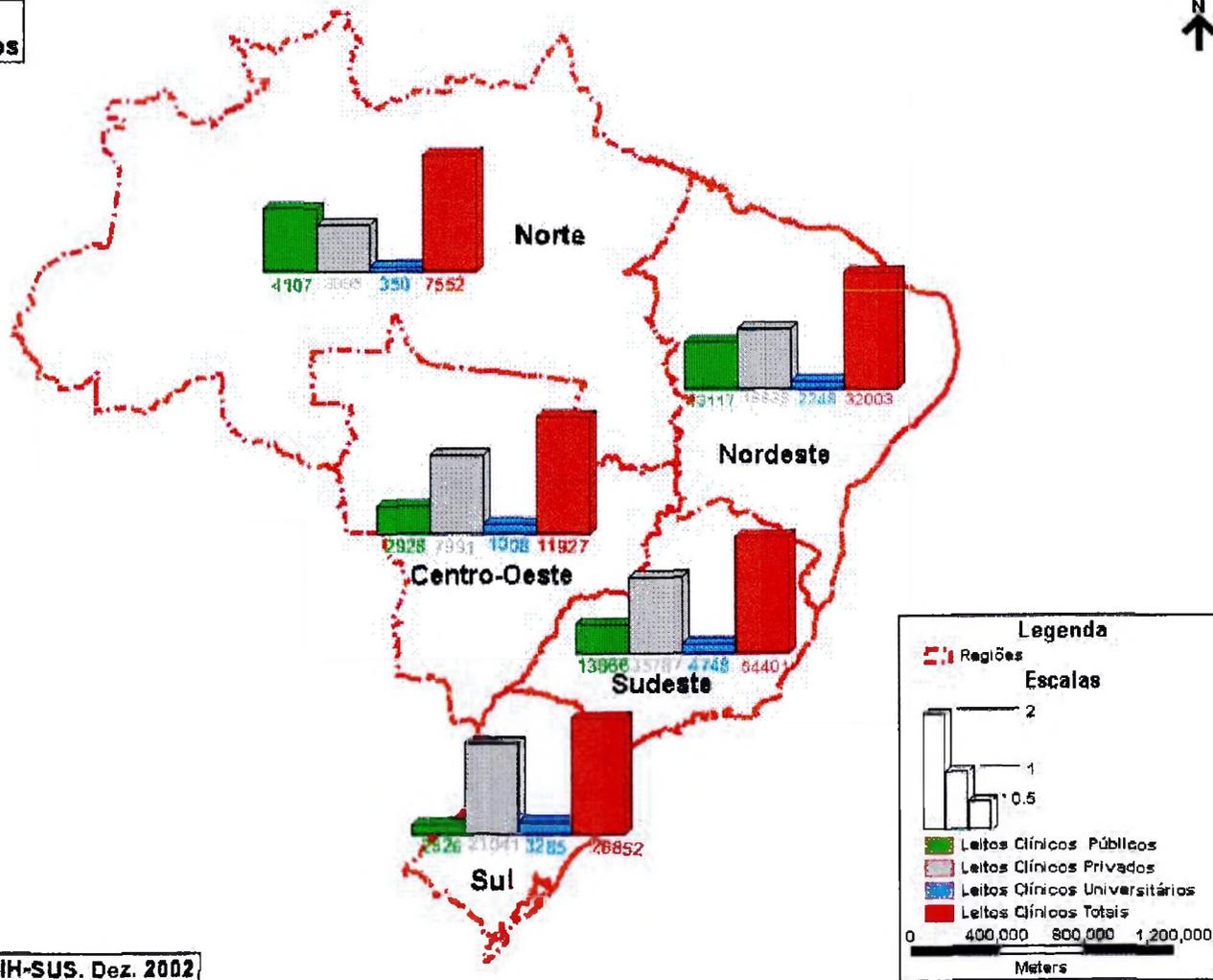
A especialidade dos leitos ofertados também é um indicador das desigualdades existentes nos serviços de saúde nas distintas regiões do país, como mostram os mapas a seguir:

Mapa 6
Leitos Hospitalares Cirúrgicos



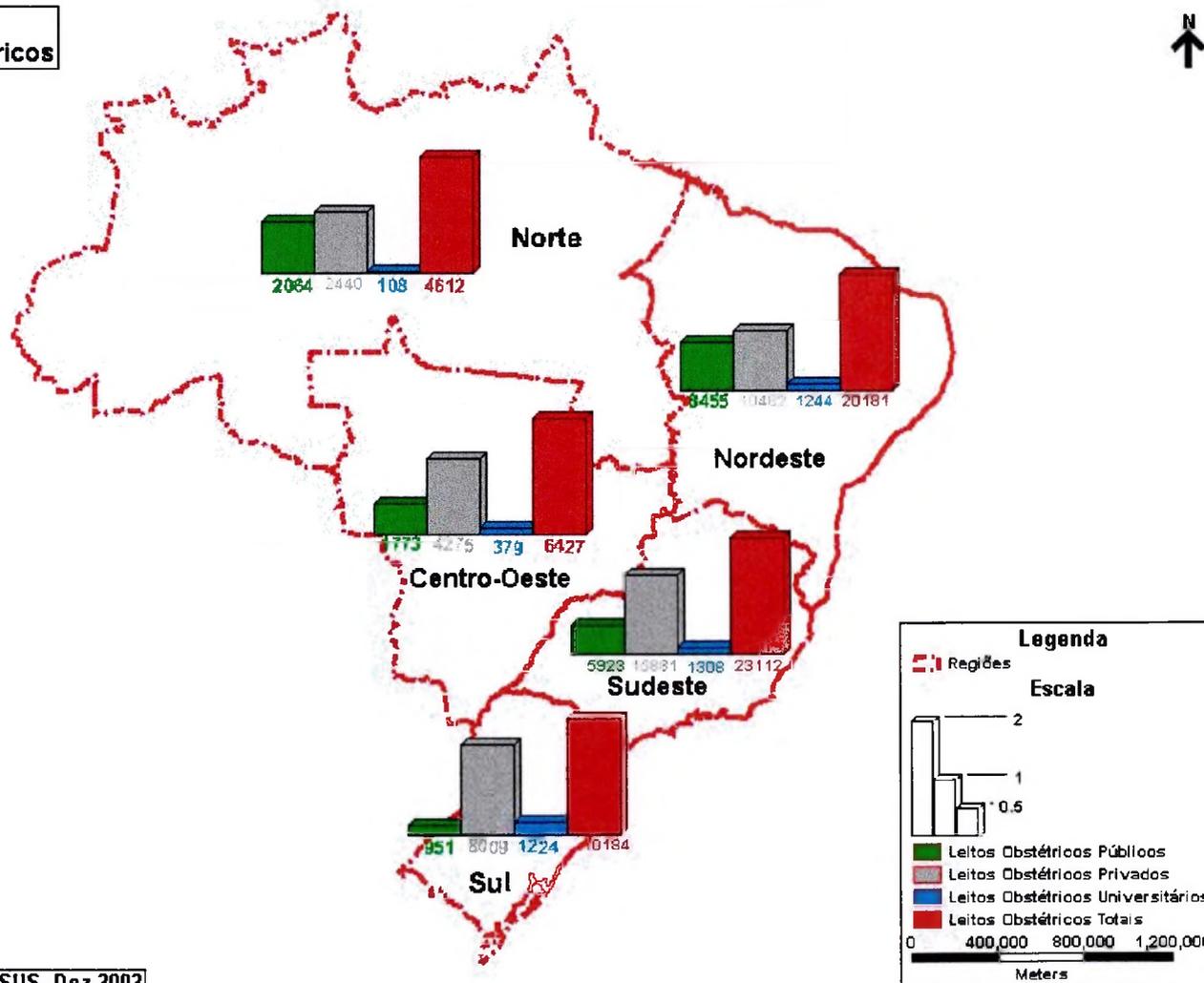
Fonte: Ministério da Saúde - SIS-SUS. Dez. 2002

Mapa 7
Leitos Hospitalares Clínicos



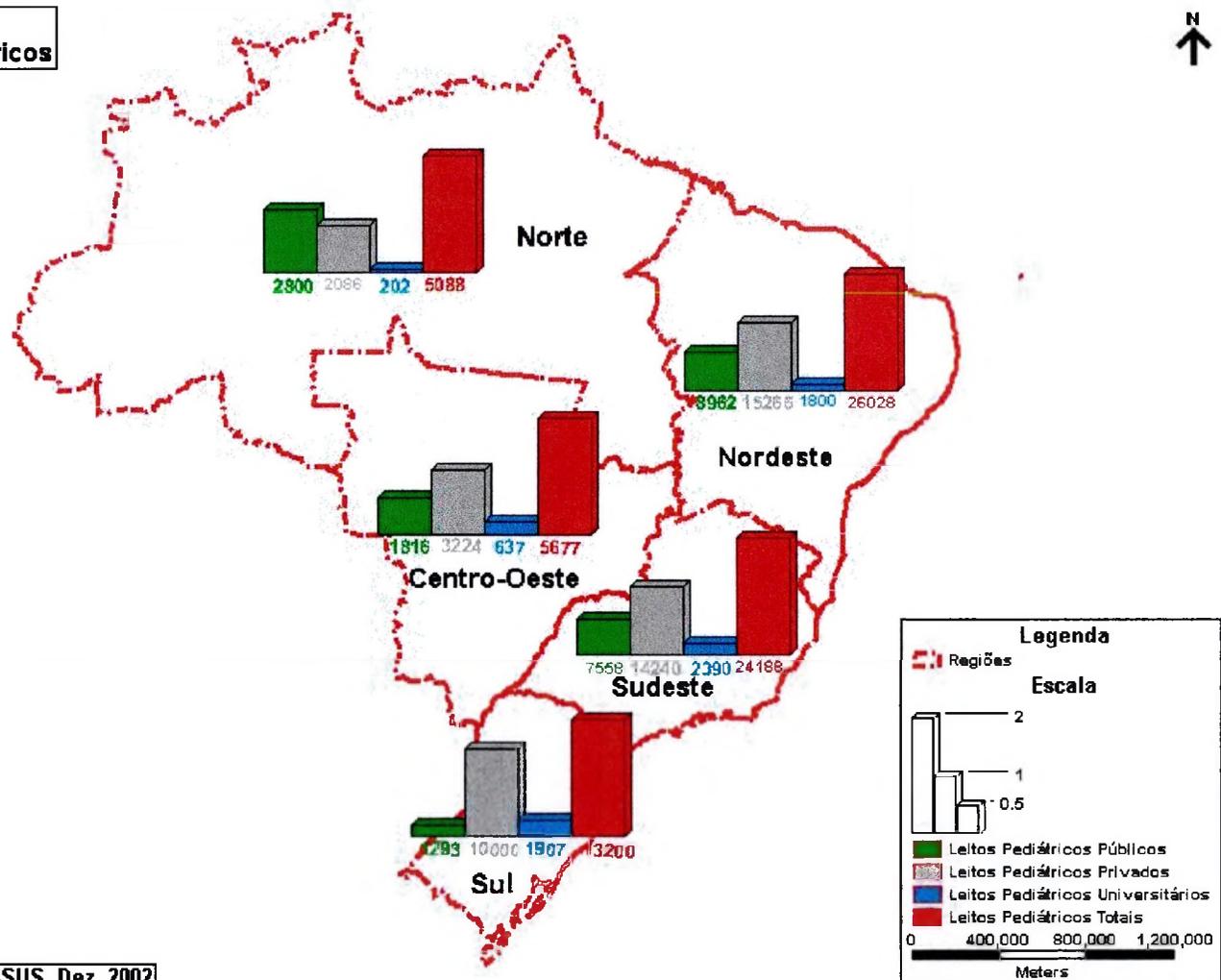
Fonte: Ministério da Saúde - SIH-SUS. Dez. 2002

Mapa 8
Leitos Hospitalares Obstétricos



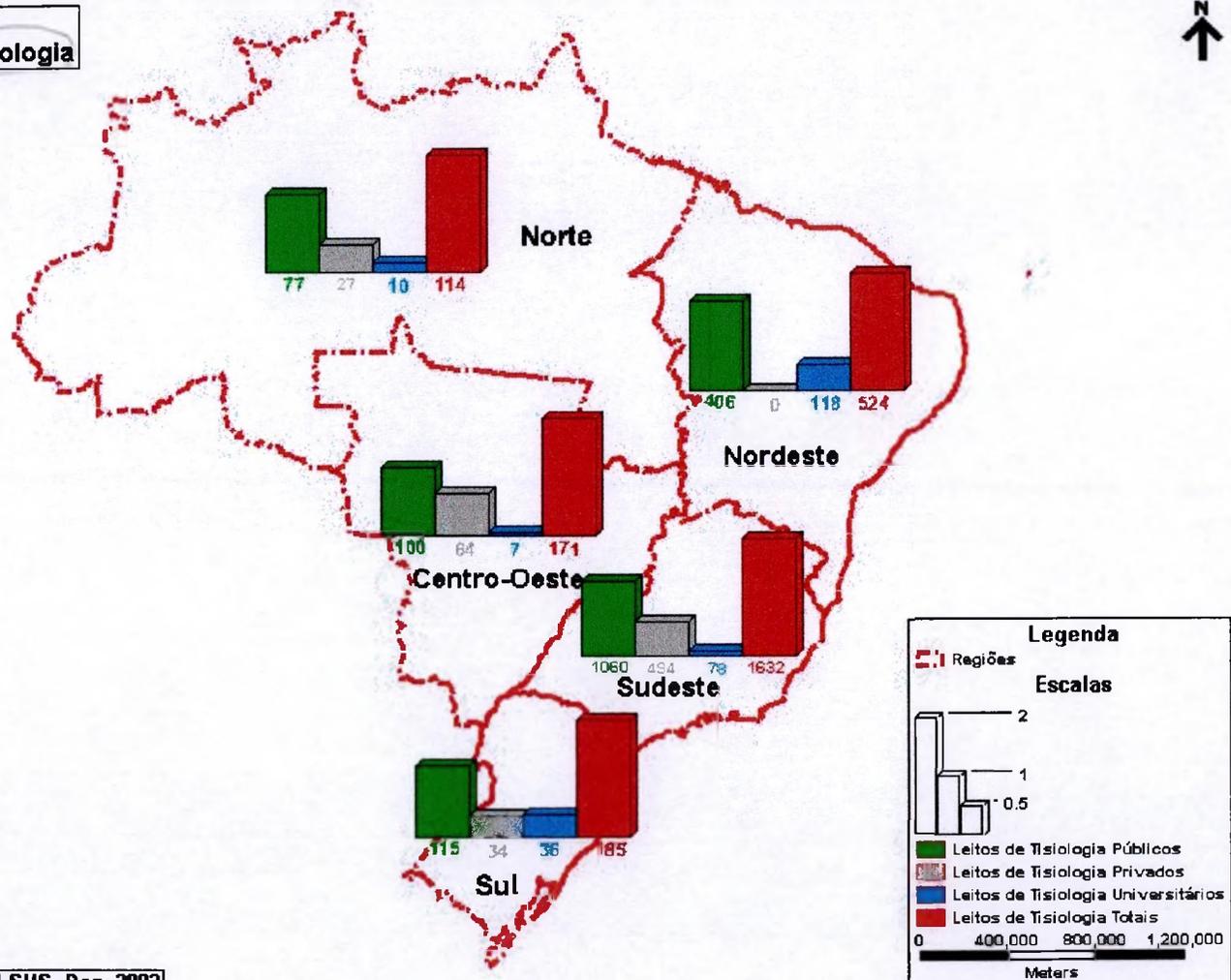
Fonte: Ministério da Saúde - SIH-SUS. Dez.2002

Mapa 9
Leitos Hospitalares Pediátricos



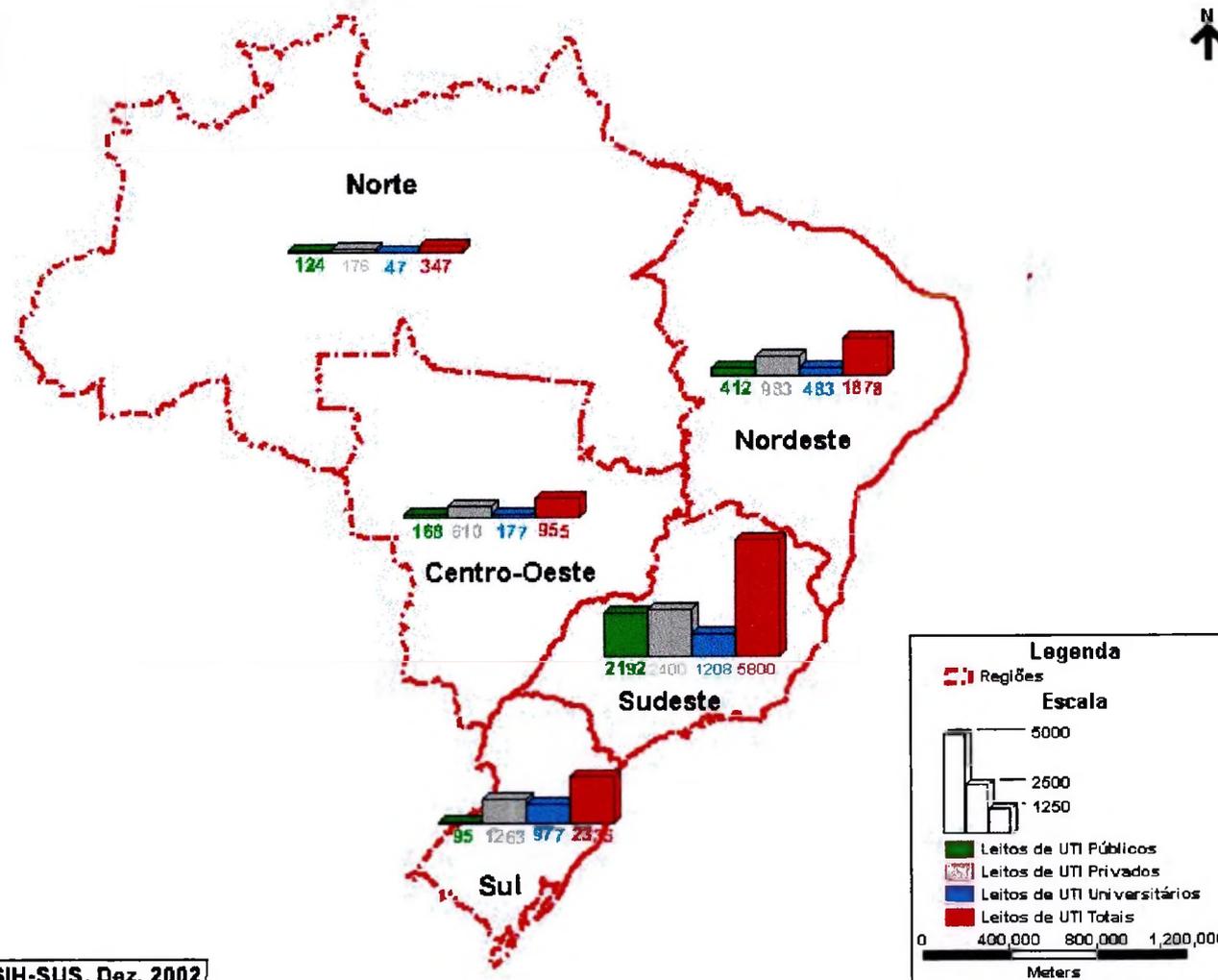
Fonte: Ministério da Saúde - SIH-SUS. Dez. 2002

Mapa 10
Leitos Hospitalares de Tisiologia



Fonte: Ministério da Saúde - SIH-SUS. Dez. 2002

Mapa 11
Leitos Hospitalares de UTI



Fonte: Ministério da Saúde - SIH-SUS. Dez. 2002

Como já observado, nas distintas regiões do país, de modo geral, predominam os leitos privados, abrangendo mais de 50% dos leitos para os diferentes procedimentos (cirúrgicos, pediátricos, obstétricos, etc), excetuando-se os leitos de fisiologia, cuja oferta é pública para a maioria das regiões brasileiras.

A análise da distribuição dos equipamentos de diagnósticos no território é mais um dado revelador das enormes disparidades encontradas nos serviços de saúde e das relações intrínsecas com os lugares. É importante primeiramente ressaltar a grande disparidade da distribuição desses equipamentos existente entre os serviços públicos e privados. A pesquisa de Assistência Médico-Sanitária/IBGE (1999) registrou 42.449 equipamentos de diagnósticos através de imagem existentes nos estabelecimentos de saúde. Dos 14 tipos existentes, 23,27% estavam na rede pública e 76,72% na rede privada. Entre esses equipamentos, observou-se que dos 15.995 aparelhos de raios-X (que englobam os tipos 100mA, de 100 a 500mA e mais de 500mA), os estabelecimentos públicos detinham apenas 25,9%. Os equipamentos óticos totalizavam 15.865 no país, dos quais 16,65% eram públicos e 83,34% eram privados. O endoscópio digestivo representava 30,48% e o microscópio cirúrgico 22,80%. A rede privada concentrava 81,72% e 84,07% respectivamente desses aparelhos. Os equipamentos por métodos gráficos somavam 17.726

que se distribuíam nas proporções de 31,99% na rede pública e 68% na privada. O eletrocardiograma e os eletroencefalógrafos estão mais presentes na rede privada que absorve 68% dos aparelhos enquanto que a pública fica com 31,99%. Os equipamentos para terapia com radiação são mais raros, totalizando apenas 853, com a rede pública englobando 15% e a particular 85%. Já os equipamentos para manutenção da vida eram mais abundantes e totalizavam 191.783 no país. Os estabelecimentos públicos tinham 29,55% e os particulares 70,44%. A bomba de infusão (18,37%), o monitor de ecg (13,75%), o oxímetro (11,05) e o respirador adulto (8,34%) eram mais comuns. Somando-se os equipamentos dos estabelecimentos públicos e privados vimos que mais de 50% dos distintos equipamentos estão concentrados no Sudeste:

- 56,79% dos equipamentos de diagnóstico através de imagem;
- 54,98% dos equipamentos por métodos óticos;
- 60,05% dos equipamentos por métodos gráficos;
- 58,14% dos equipamentos para terapia por radiação;
- 59,15% dos equipamentos para manutenção da vida.

Tabela -44**Distribuição dos Equipamentos de Diagnóstico – por região**

	Equip. de diagn. através de imagem (1)		Equip. por métodos óticos (2)		Equip. por métodos gráficos (3)		Equip. para terapia por radiação (4)		Equip. para manutenção da vida (5)	
	Púb.	Priv.	Púb.	Priv.	Púb.	Priv.	Púb.	Priv.	Púb.	Priv.
Norte	589	1.089	90	519	165	343	2	17	2.238	3.882
Nordeste	1.837	5.535	445	2.302	847	2.033	11	159	8.815	19.531
Sudeste	5.671	18.440	1.594	7.130	3.651	6.994	91	405	33.541	79.937
Sul	1.013	5.053	338	2.189	599	1.802	13	116	8.165	22.947
Centro-Oeste	770	2.452	175	1.083	409	883	11	28	3.929	8.858
Brasil	9.880	32.569	2.642	13.223	5.671	12.55	128	725	56.688	135.095

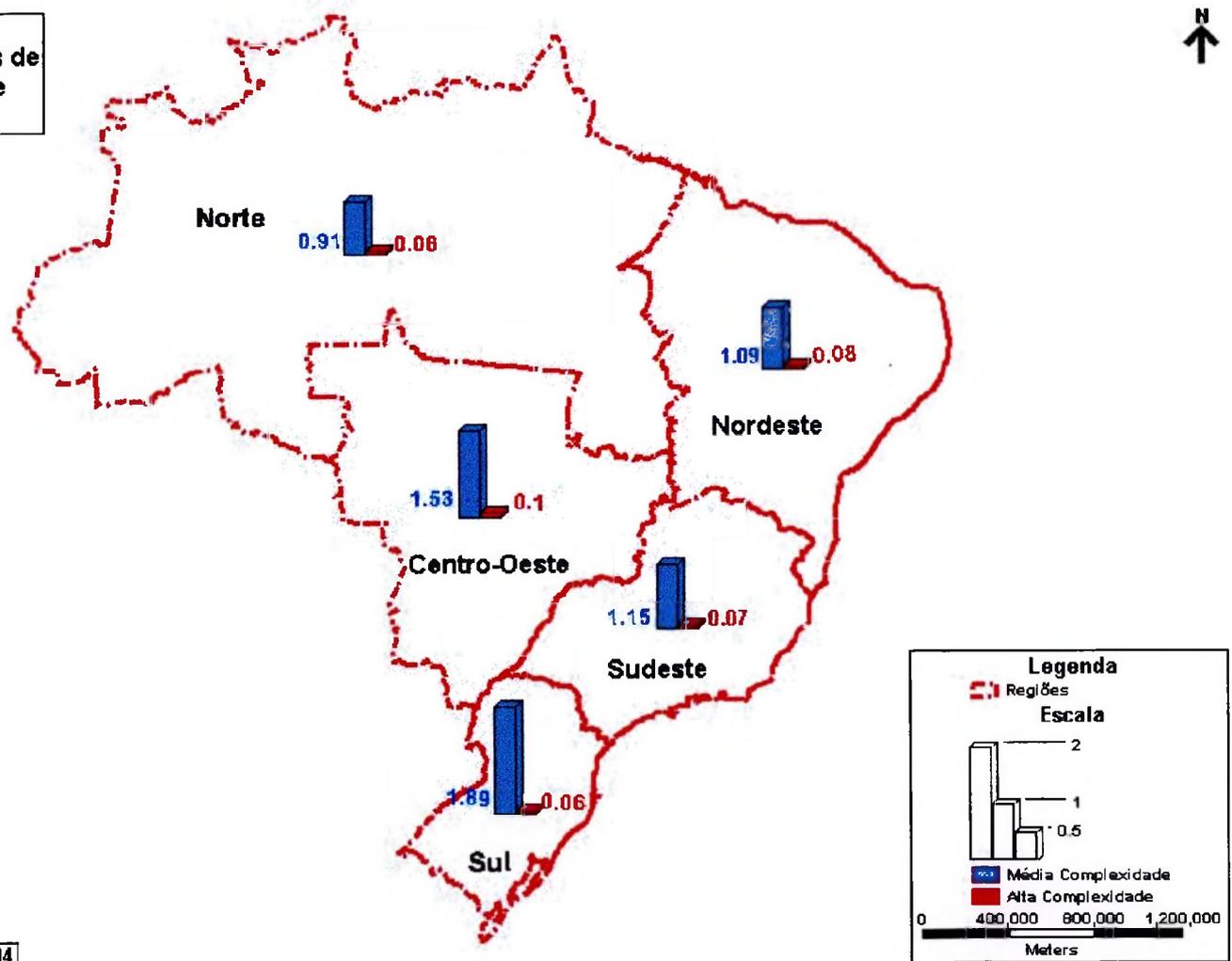
Fonte: Assistência Médico-Sanitária/IBGE 1999.

- (1) Gama câmara, mamógrafo com comando, mamógrafo com estereotaxia, raio X até 100ma, raio X de 100 a 500mA, Raio X mias de 500mA, Raio X dentário, Raio X com fluoroscopia, Raio X para densidade óssea, Raio X para hemodinâmica, Tomógrafo computadorizado, Ressonância Magnética, ultrassom doppler colorido e ultrassom ecógrafo.
- (2) Endoscópio das vias respiratórias, endoscópio das vias urinárias, endoscópio digestivo, equipamento para optometria, laparoscópio/vídeo, microscópio cirúrgico
- (3) Eletrocardiógrafo, eletroencefalógrafo
- (4) Radioterapia (acelerador linear, bomba de cobalto); Medicina Nuclear (braquiterapia e radioimunoensaio)
- (5) Bomba/balão intra-ótico, bomba de infusão, berço aquecido, bilirrubinometro, debitometro, desfibrilador, equipamento de fototerapia, incubadora, marcapasso temporário, monitor de ECG, monitor de pressão invasivo, monitor de pressão não-invasivo, oxímetro, reanimador pulmonar adulto, reanimador pulmonar infantil, respirador/ventilador adulto, respirador/ventilador infantil.

A topologia das unidades de média e alta complexidade elucida as disparidades de uso dos serviços mais sofisticados no território. Um estudo realizado pelo Ministério da Saúde mostrou que em 2004 existiam 22.153 unidades de média complexidade no país e 1.261 unidades em alta complexidade. Em relação às unidades de média complexidade, somente as regiões sul e centro-oeste tiveram uma razão acima da média nacional para os estabelecimentos classificados como de média complexidade, respectivamente 1,89 e 1,53 por 10 mil habitantes (Saúde Brasil – 2004).

No Centro-Oeste a proporção de unidades de alta complexidade supera a da média nacional apresentando uma razão de 0,10 por 10 mil habitantes, enquanto as menores razões para esse tipo de serviço foram o das regiões sul e norte que apresentaram o menor valor 0,06 por 10 mil habitantes, conforme mapa 12.

Mapa 12
Distribuição das unidades de
alta e média complexidade
por 10.000 hab



Fonte: Ministério da Saúde, 2004

Para dimensionarmos essas informações realizamos um levantamento dos municípios que prestaram informações ao Ministério da Saúde da presença de unidades de alta complexidade em serviços de oncologia, cardiologia e neurocirurgia. Em 2004, o SUS contabilizava 764 unidades de alta complexidade no país, dos quais 78,15% estavam na região concentrada.

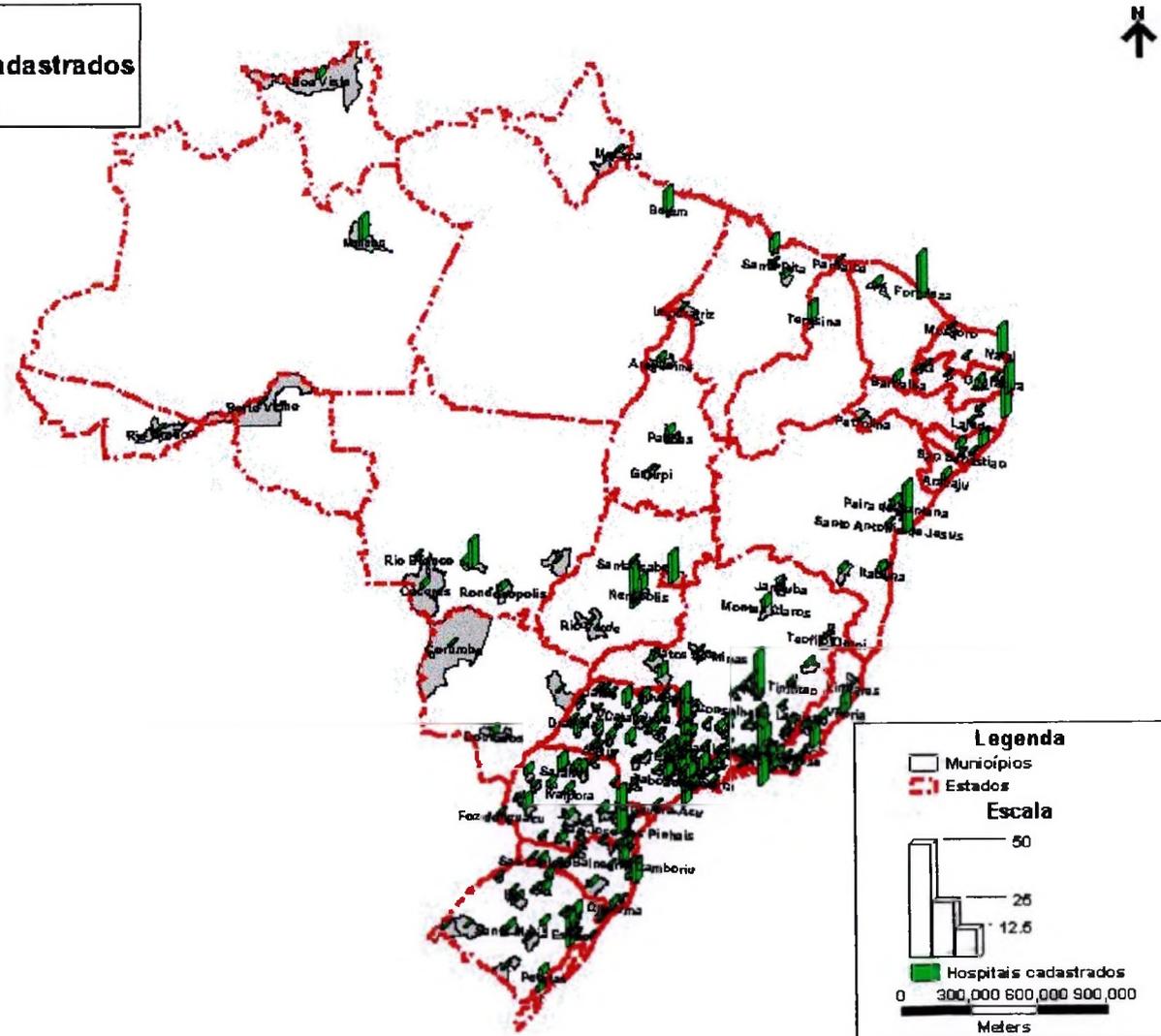
Em relação aos municípios, os hospitais cadastrados na prestação desses serviços estavam em sua grande maioria localizados nas capitais dos seus respectivos estados, justamente onde há mais densidades de técnica, ciência e informação. As desigualdades são reveladas ao considerarmos o número de municípios que contam com assistência de alta complexidade. Na região norte apenas 10 municípios tem este tipo de serviço. Em Belém do Pará foram registrados 9 hospitais de alta complexidade, o município com o número mais expressivo da região. No Nordeste, de modo geral, as capitais concentram boa parte dessas unidades. Somente os estados da Paraíba e Bahia apresentam um número superior a três municípios com esse tipo de equipamento de alta complexidade. Destacam-se as capitais de Fortaleza, Recife e Salvador, referência para o tratamento de alta complexidade na região nordeste, dispendo de um número maior de unidades. Nas regiões Sudeste e Sul os hospitais de alta complexidade estão presentes em um número maior de municípios. No sudeste são 377

hospitais de alta complexidade, distribuídos por 162 municípios, dos quais 99 municípios estão no estado de São Paulo. Na região Sul existe 71 municípios com unidades de alta complexidade.

Os mapas a seguir, de 13a à 13f, mostram a distribuição dos hospitais de alta complexidade no Brasil e nas distintas regiões.

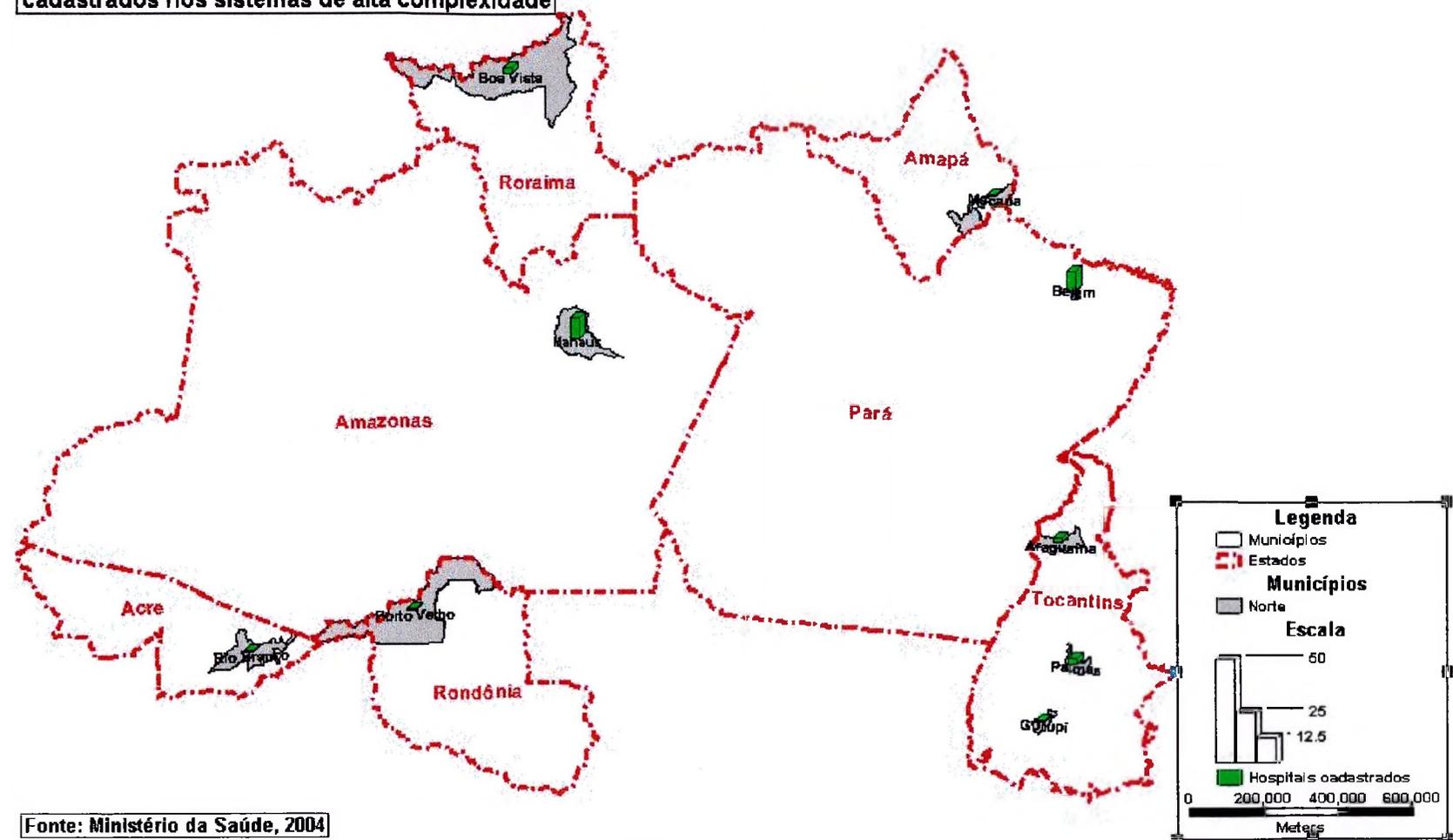
Mapa 13a

Brasil - Municípios com Hospitais cadastrados nos sistemas de Alta Complexidade



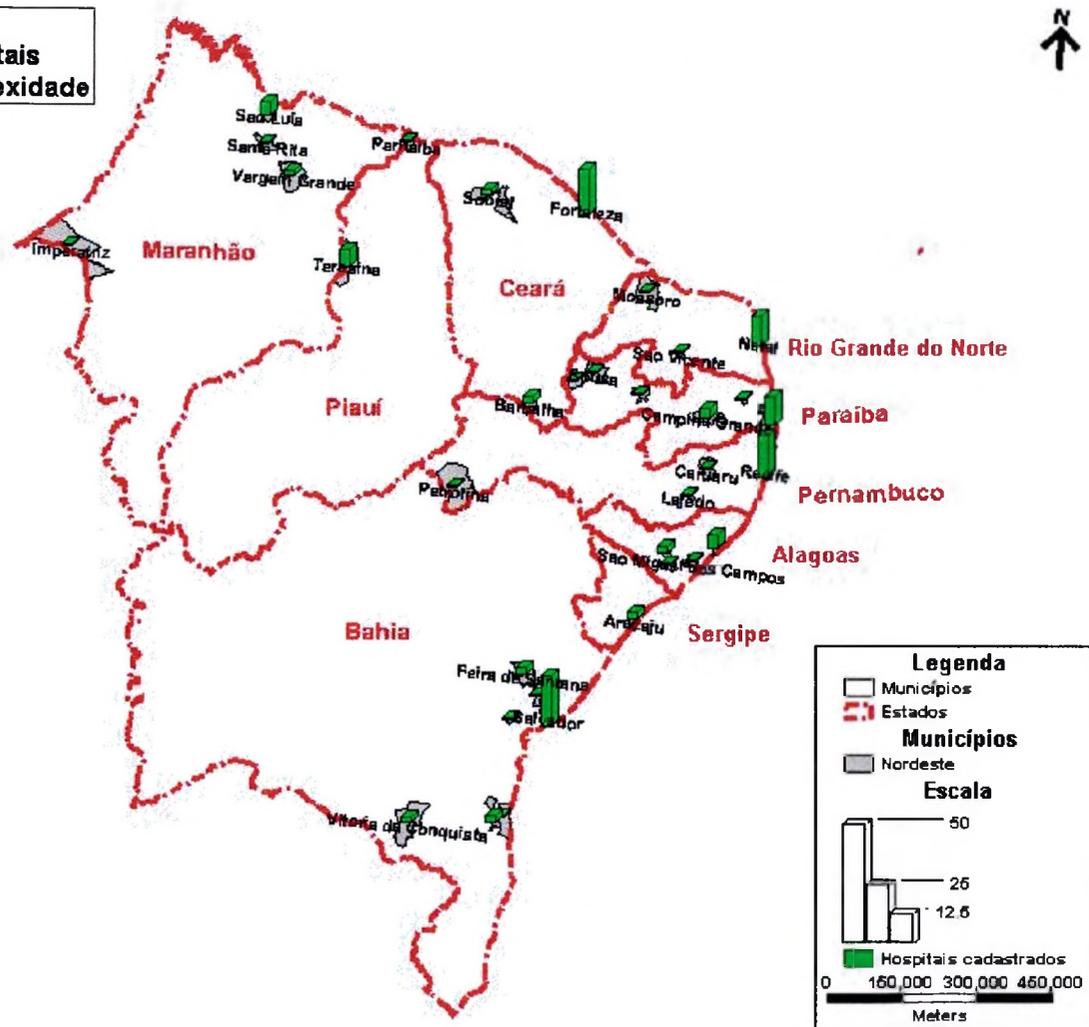
Fonte: Ministério da Saúde, 2004

Mapa 13b
Região Norte - Municípios com hospitais
cadastrados nos sistemas de alta complexidade



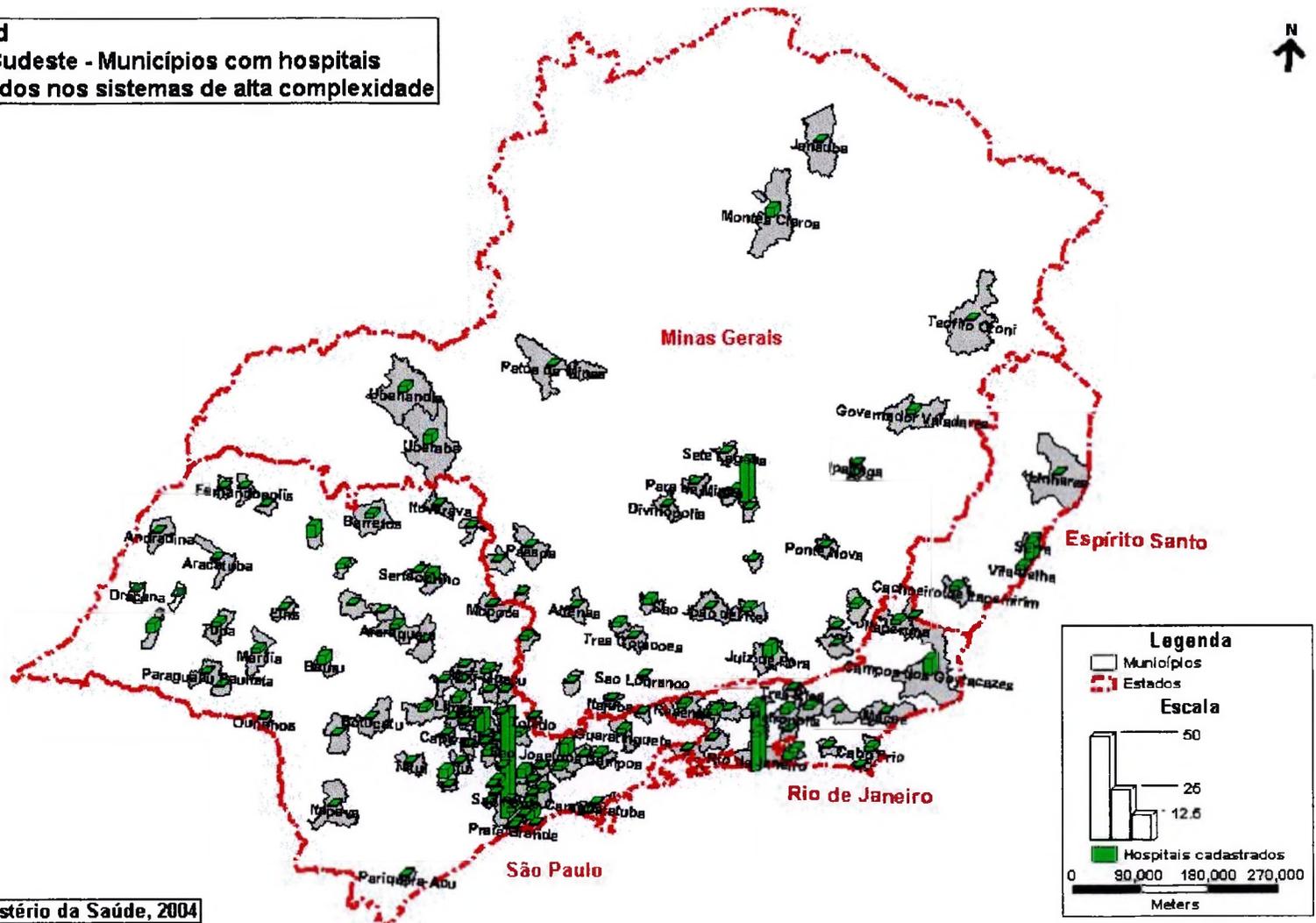
Fonte: Ministério da Saúde, 2004

Mapa 13c
Região Nordeste - Municípios com hospitais
cadastrados nos sistemas de alta complexidade



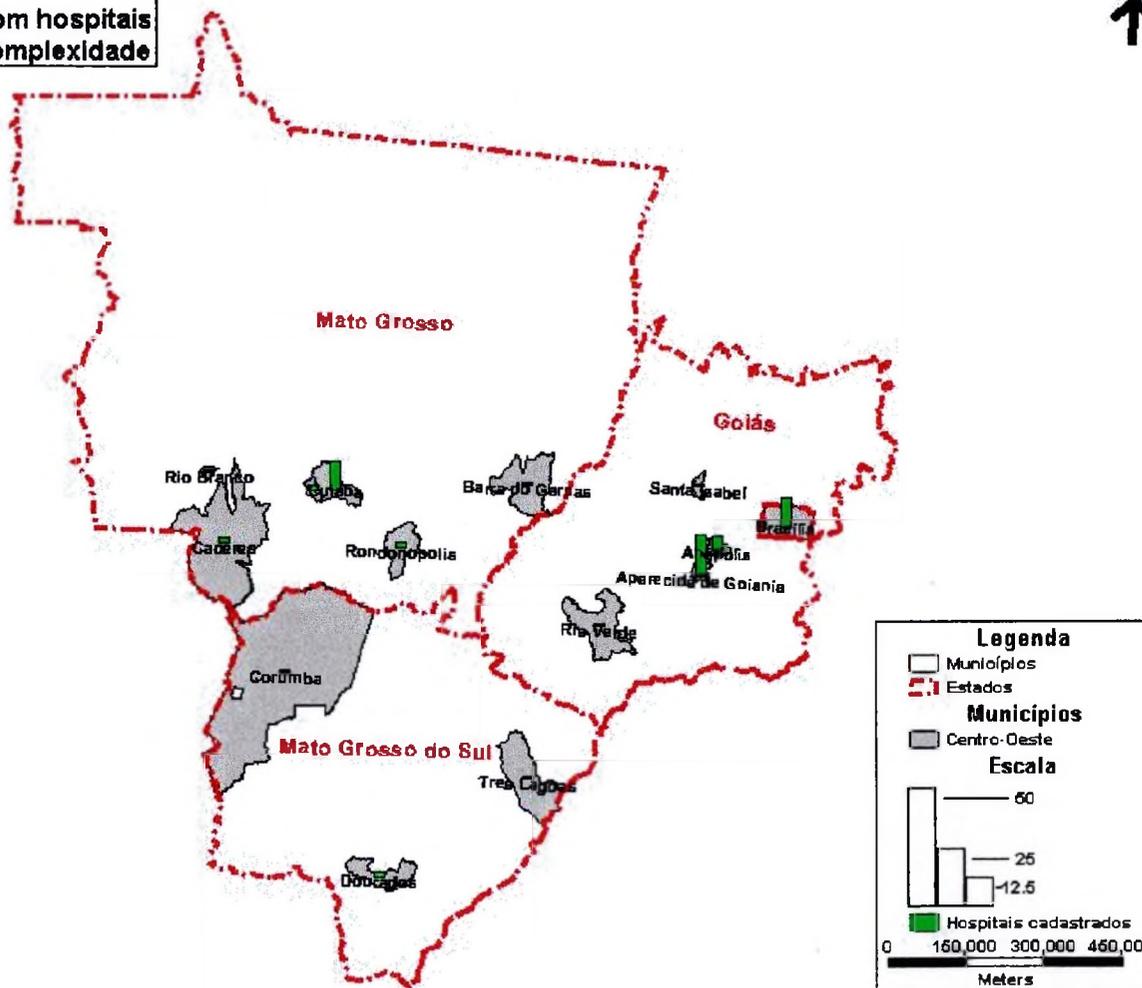
Fonte: Ministério da Saúde, 2004

Mapa 13d
Região Sudeste - Municípios com hospitais
cadastrados nos sistemas de alta complexidade



Fonte: Ministério da Saúde, 2004

Mapa 13f
Região Centro-Oeste - Municípios com hospitais
cadastrados nos sistemas de alta complexidade



A concentração dos serviços de média e alta complexidade e sua escassez no território é um dos fatores que dificultam os princípios que regem o SUS (a regionalização, a hierarquização, a integração, a universalização). O uso é limitado em muitos casos pelos obstáculos territoriais tais como a precariedade dos sistemas de movimento do território, isto é, o conjunto dos sistemas de engenharia (fixos) e dos sistemas de fluxos (materiais ou imateriais) que respondem pela solidariedade geográfica entre os lugares. O desenvolvimento dos sistemas de movimento e sua desigual densidade no território estão intimamente relacionados com o dinamismo econômico dos lugares. Desse modo, o desenvolvimento dos distintos sistemas de movimento, por exemplo, ferroviário, rodoviário, aeroviário, no atual período, responderam, de maneira geral, as necessidades impostas pelos agentes hegemônicos da economia. O sistema ferroviário cujo traçado é revelador de um espaço derivado, não foi capaz de criar uma solidariedade territorial que levasse a integração do território brasileiro, nos períodos anteriores. No atual período os sistemas ferroviários modernos também são construídos em função das atividades hegemônicas, em lugares selecionados voltados, principalmente, para os transportes de mercadorias. As rodovias, por sua vez, foram as responsáveis pela integração do território, a partir da década

de 1950, cumprindo um papel fundamental não apenas no transporte de mercadorias como também de pessoas (Fábio Contel:2001). Todavia, como os demais sistemas de movimento, sua presença no território é bastante desigual. As redes mais densas estão na região concentrada do país, permitindo uma maior fluidez de bens materiais e imateriais. Como observa Marcos Xavier (2001), a divisão territorial e social do trabalho mais profunda na região concentrada “gera uma maior necessidade de circulação, que encontra resposta na difusão dos transportes, que permitem, por sua vez, uma maior especialização e distribuição das funções produtivas. As demais regiões possuem menores densidades e conhecem uma modernização mais recente e pontual, que responde a ampliação do intercâmbio com a região concentrada”.

As vias de circulação que não interessam aos grandes capitais são, de modo geral, praticamente esquecidas, dificultando os deslocamentos entre os lugares, limitando o uso do território para os agentes não hegemônicos, o que engloba a grande maioria da população, rebatendo, no próprio uso dos serviços de saúde. A dispersão das unidades de alta complexidade é direcionada para as parcelas do território que são fluidas, não em função das necessidades da população, mas em função do dinamismo econômico dos lugares. Dessa maneira, nas regiões mais pobres do país, assim como nas periferias das grandes metrópoles os obstáculos impostos por um

sistema de movimento seletivo dificultam os cumprimentos dos preceitos do SUS. É importante lembrar que os serviços de alta complexidade não podem estar presentes em cada um dos municípios brasileiros, sendo inviável, seja em função do alto custo para a sua manutenção, como também das condições para o seu pleno funcionamento, ou mesmo das necessidades epidemiológicas da população. Isso ocorre, entre outros fatores, porque para que determinados serviços médico-hospitalares se instalem num lugar é necessária muitas vezes uma associação de outros serviços que darão suporte ao seu funcionamento. Quanto maior a raridade de um serviço, maior será o número de associações também raras. Labasse e Rochefort (1965) mostraram que uma cirurgia especializada em operações do cérebro, por exemplo, necessitava de um complexo de competências no entorno de um hospital neurológico, envolvendo todos aqueles que colaboravam no diagnóstico e na intervenção, além de todas as técnicas e todos os equipamentos necessários à realização da cirurgia.

Todavia, para que os preceitos do SUS se tornem uma realidade se faz mister garantir a fluidez, também, naqueles municípios que não interessam aos agentes hegemônicos da economia, permitindo que a população possa usufruir desses serviços. Tecnicamente a regionalização dos serviços de saúde que garantem atendimento no nível primário, secundário, terciário e terciário-quaternário (alta complexidade) pode

funcionar, mas quando confrontamos a realidade dos inúmeros municípios brasileiros com a desigual distribuição dos distintos sistemas de movimentos percebemos que os entraves territoriais desautorizam uma leitura simplista das propostas de regionalização que vem sendo propagada desde a norma operacional de 2001.

Porções importantes do Nordeste e da Amazônia têm, como mostraram Milton Santos e María Laura Silveira (2001), baixas densidades de movimento, se considerarmos indicadores como passageiros de ônibus e número de automóveis em relação à população. Conforme esses autores, esse relativo isolamento da região norte do país, pode ser percebido nas baixas densidades de movimento, sobretudo por via terrestre, “representando 6,5% da população brasileira, essa região tem apenas 3,4% do total nacional de passageiros”. Essa imobilidade relativa é um dos entraves territoriais que acabam impedindo que as populações da região norte possam usar os serviços de saúde nos seus próprios estados ou mesmo na própria região, tendo muitas vezes que se deslocar para estados vizinhos de outras regiões do país, onde as ligações com as áreas mais dinâmicas são mais fluidas.

Uma regionalização conseqüente deve considerar as condições de acessibilidade, a presença de uma rede de serviços de transportes, tanto particulares como públicos, os custos de deslocamento, as condições das

redes de infra-estrutura que garantam um deslocamento seguro e a interligação dos diversos sistemas de movimento. Deve, outrossim, considerar a realidade dos municípios, que possui lugares com distintas densidades técnicas, dados fundamentais para a viabilização do SUS.

Dentro deste contexto, é que podemos compreender como o uso corporativo do território desempenhou uma função primordial no direcionamento das atividades ligadas à saúde, tanto no que diz respeito a sua tipologia como a sua topologia. O território normado é contrariado pelo território como norma, pois os diversos arranjos espaciais dos lugares condicionam ou repelem determinadas atividades. As atividades mais exigentes em relação à incorporação tecnológica e, no geral, voltadas para o mercado serão orientadas para os centros mais dinâmicos. Isso explicaria, em parte, a grande concentração dos serviços especialmente, os médico-hospitalares de natureza privada nas frações mais dinâmicas do território, ao passo que os serviços banais que não interessam aos agentes privados e que são encampados pelo Estado, se encontram mais dispersos no território, como já elucidamos.

A normatização do SUS e os princípios que o regem tem como obstáculo para sua efetivação, a seletividade com que os sistemas técnicos foram se incorporando ao meio geográfico, criando uma organização que fragmenta o território, com possibilidades de usos diferenciados dos

diversos agentes. Como, então, promover a justiça territorial na saúde, quando a organização e o uso do território são marcados pelo corporativismo e isso acaba por influenciar a própria organização dos serviços de saúde?

9.4 - A urbanização corporativa e os novos atrativos dos lugares

A urbanização corporativa é uma das conseqüências que podemos apontar das modernizações seletivas do território brasileiro e que rebate na organização dos serviços de saúde no território nacional. Observando o Guia de Investimentos proposto pela Fundação Seade, em 2002, notamos que os serviços médico-hospitalares são um dos atrativos que os municípios apresentam para conseguir investimentos para as suas respectivas jurisdições. Esse conjunto de cidades segue os itinerários mais importantes no tocante as modernizações que se operaram no interior paulista com a difusão mais intensa do meio técnico-científico-informacional.

Quadro - V
Cidades do Interior Paulista que tem como um dos atrativos os hospitais

Cidades	Número de Hospitais	Hospitais
1) Americana	07	(Hospital Municipal, Clínica São Lucas, Irmandade Misericórdia de Americana, Hospital Infantil André Luiz, Hospital da Samam, Sanatório de Assistência e Recuperação e Hospital Unimed)
2) Araçatuba	03	- Hospital de Ortopedia, Maternidade Santa Casa
3) Araraquara	03	- Hospital da Mulher e dois psiquiátricos
4) Barretos	05	Santa Casa de Misericórdia, Hospital Psiquiátrico Vale do Rio e o Hospital do Câncer
5) Bauru	05	H. de Base Manoel de Abreu e Maternidade Santa Izabel, Beneficência Portuguesa (particular e de convênios médicos), H. de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais (Centrinho – USP).
6) Botucatu	04	Dos quais o Hospital das Clínicas (UNESP – que desenvolve pesquisas)
7) Bragança Paulista	04	Possui 380 leitos. A Escola de Medicina da Universidade de São Francisco tornou a cidade um importante centro médico que atende toda a região.
8) Campinas	28	2 universitários e 26 hospitais entre públicos e privados. Possui a UNICAMP – o Núcleo de Informática Biomédica Possui 4 hospitais virtuais existentes no mundo, acessível pela internet Possui um centro especializado em tratamento para mulheres (CAISM). O gastrocentro mantém pesquisa sobre o câncer do aparelho digestivo O Hemocentro é uma das principais coletas, preparo e distribuição de sangue do Estado de São Paulo
9) Catanduva		Conta com hospitais locais. O Hospital Padre Albino, da Fundação Padre Albino (entidade filantrópica), é o principal centro cirúrgico da cidade. O município conta ainda com o Hospital São Domingos e o Hospital – Escola Emílio Carlo, ligado a Faculdade de Medicina (FAMECO).
10) Franca	6	Santa Casa de Misericórdia/Unimed, Hospital Regional, Hospital São Joaquim, Hospital do Coração, Hospital Allan Kardec e Hospital da Mulher
11) Guarujá	3	H. Santo Amaro, Ana Costa e Dia Willian Rocha
12) Hortolândia	1	H. Maternidade (depende de Campinas)
13) Indaiatuba	3	H. Augusto de Oliveira Camargo (com 106 leitos), Samil (com 32 leitos) e Clínica de Repouso Indaiá (com 234 leitos)
14) Itu	2	Principais hospitais - Nossa Senhora da Candelária e Dr. Francisco Ribeiro Arantes
15) Jacareí	s/n	
16) Itapetininga	2	Um público e outro privado
17) Jauá	4	Santa Casa de Misericórdia de Jauá (hemodiálise e atendimento cardiológico), Fundação Dr. Amaram Carvalho (instituto filantrópico – especializado em Oncologia, onde são realizados os transplantes de medula óssea pelo SUS, atendendo pacientes de mais de 350 municípios; H. Tereza Perlatti (psiquiátrico); H. São Judas Tadeu (geral).

18) Jundiá	3	1 municipal, 1 filantrópico e 1 particular (Paulo Sacramento)
19) Limeira	2	Santa Casa de Misericórdia e H. Unimed
20) Mogi-Guaçu	3	H. Municipal (referência em oncologia), Santa Casa de Misericórdia e hospital particular)
21) Pindamonhangaba		
22) Piracicaba	4	Santa C. de Misericórdia, H. dos Plantadores de Cana, H. Unimed, e Clínica Amalfi
23) Praia Grande	-	
24) Presidente Prudente	12	A santa Casa de misericórdia realiza transplantes de rins e córneas
25) Registro	2	São José e São João (filantrópico)
26) Ribeirão Preto	12	12 hospitais públicos: H. das Clínicas, H. do Câncer e H. Psiquiátrico de Ribeirão Preto. Atendimento pelo SUS e particulares: Santa Casa de Misericórdia e Sociedade Portuguesa de Beneficência. Particulares: H. do Coração, H. Maternidade Sinhá Junqueira, H. Santa Lydia, H. São Francisco, H. São Lucas, H. São Paulo, H. Ribeirânia. Serviços Oferecidos pelo H. Das Clínicas – Centro de Ciência da Imagem, Radiologia, com ressonância magnética; Centro Cirúrgico, com 650 cirurgias/mês, faz transplantes de córneas, rins, medula óssea e cirurgias cardíacas Divisão de Cardiologia: implantação de marcapassos cardíacos externos; Laboratório de Pneumologia: um dos maiores do país a realizar exames especializados para avaliação de função pulmonar Unidade Especial de Terapia e Doenças Infecciosas
27) Rio Claro	5	Santa Casa de Misericórdia, H. Santa Filomena, H. Evangélico, H. Unimed e H. Psiquiátrico Bezerra de Menezes
28) Santa Bárbara d'Oeste	1	Dependente de Campinas
29) São José do Rio Preto	9	Hospitais – H. de Base (atende a uma média de 30 mil pessoas mensalmente – tem 416 leitos). Casa de Saúde Santa Helena (100 leitos); H. Nossa Senhora das Graças (96 leitos); H. Dr. Adolfo B. Menezes (180 leitos), Santa Casa de Misericórdia (360 leitos); H. Nossa Senhora da Paz (165 leitos), Instituto Espírito Nossa Lar (98 leitos)
30) São José dos Campos	30	(8 hospitais gerais, 3 infantis, 3 psiquiátricos, 1 geriátrico, 15 prontos-socorros), 33 unidades básicas de Saúde (UBS) e 9 unidades especializadas)
31) São Vicente	-	
32) Sorocaba	6	Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS) H. Estadual Santa Casa de Misericórdia 3 hospitais particulares

Fonte: Guia de Investimentos e Geração de Empregos – Fundação Seade.2002.

Dos 645 municípios que compõem o estado de São Paulo somente 32 fizeram parte desse guia proposto pela Fundação Seade. O processo de

dispersão industrial ocorrido, desde o fim da década de 1980, impulsionou a saída das unidades produtivas da região metropolitana de São Paulo num raio de 100 Km de distância da capital. Algumas das cidades que constam desse Guia de investimentos receberam boa parte dessas unidades produtivas, como Campinas, Ribeirão Preto, São José dos Campos, Jacareí, Taubaté, Sorocaba. A seletividade do Guia do SEADE traduz a seletividade dos investimentos que deram a essa fração do território paulista um grande dinamismo econômico. A densidade das redes de transportes e comunicações, a proximidade com importantes universidades com tradição em pesquisa (Unicamp, São Carlos e PUC-Campinas), a presença de mão-de-obra especializada, a facilidade de comunicação com a metrópole paulista foram atrativos importantes para o deslocamento das indústrias. As empresas não se dirigem aleatoriamente para os lugares aonde irão se instalar, sendo extremamente sensíveis em relação às condições locais. A fluidez dessas frações do território paulista foi um ingrediente fundamental para a escolha dessas novas localizações, reforçando o uso corporativo do espaço pelas empresas e, mantendo a desigualdade já que os municípios não fluídos continuam a não interessar para os agentes hegemônicos, em função da letargia de suas atividades econômicas.

Analisando o ranking das 100 cidades com maior número de famílias ricas no país, constatamos que 17 das que compõem o guia de investimentos da Fundação Seade estão presentes no interior paulista: Campinas, Ribeirão Preto, São José dos Campos, Sorocaba, São José do Rio Preto, Jundiaí, Piracicaba, Bauru, Presidente Prudente, Araçatuba, Franca, Limeira, Araraquara, Indaiatuba, Americana, Rio Claro, Itu. A reunião de uma expressiva classe média e por, conseguinte, a existência de um mercado de consumo de proporções consideráveis possibilitou o desenvolvimento de serviços especializados, entre os quais os referentes à saúde reforçando ainda mais o uso corporativo dessa fração do território pelos agentes da saúde.

Destacamos no Guia da Fundação SEADE os serviços hospitalares e ambulatoriais que entraram como um elemento importante na atração de novos investimentos e que tem alimentado a disputa entre os lugares. Os serviços de saúde são vistos também como um bem de consumo que gera novas possibilidades produtivas. A relevância dada aos serviços de saúde neste guia mostra o papel que esses tem na criação direta ou indireta na produção das riquezas locais. Campinas, Ribeirão Preto, São José do Rio Preto, São José dos Campos, aparecem como importantes centros de referência na área médica do interior paulista como pode ser averiguado no quadro acima. As universidades públicas (USP e Unicamp) nos dois

primeiros municípios e a criação de uma privilegiada geografia nesses lugares favoreceram a vinda de pacientes de diversas partes do interior paulista e de outros estados do Brasil, acelerando o crescimento dos serviços médicos, despertando os interesses de ramos diversos da indústria de equipamentos médico-hospitalares e farmacêuticas, das empresas de saúde. Como observa Milton Santos (1989a:111), “as ações governamentais relacionadas com os serviços públicos da cidade estimulam nela, indiretamente, novas criações. Assim, a construção de um hospital ocasiona automaticamente o estabelecimento de médicos particulares, enfermeiras e, às vezes mesmo, laboratórios anexos; isto faz crescer o “poder” social da cidade’. A seletividade com que o poder público foi atuando no território brasileiro tem ampliado a ação de um conjunto reduzido de cidades no país que vê seu poder constantemente reforçado.

Cada um desses ricos municípios, entretanto, apresentam problemas como a falta permanente de médicos nos lugares mais periféricos, assistindo, por sua vez, a constante reincidência de doenças relacionadas à pobreza como a tuberculose, a dengue e quadros permanentes de subnutrição das populações mais carentes (Mariana Vercesi:2004). Isso ocorre, em função da seletividade das modernizações ocorridas nesses municípios. Não são todos os lugares tocados igualmente

pelo processo de difusão do meio técnico-científico-informacional. Obviamente esses problemas não serão revelados no Guia, que exacerba justamente os lugares com maiores aportes técnico-científico-informacionais como se esses representassem a totalidade da realidade municipal. Os serviços de saúde de média e alta complexidade, sobretudo, entram como um ingrediente para alimentar a guerra dos lugares, que busca atrair novos investimentos para seus respectivos municípios.

9.5 - Atratividade dos municípios brasileiros e falta permanente de médicos

A pouca atratividade dos municípios brasileiros é apontada como um dos fatores que interfere na distribuição dos médicos no país. Em 1981, Antonio Carlos de Azevedo apontava que muitos municípios não atraíam a presença de um médico permanente, fosse pela falta absoluta de condições para o pleno exercício profissional, fosse pela ausência quase absoluta de condições sociais que instigassem a fixação desse profissional.

Uma pesquisa realizada pelo IBGE, em 2002, revelava que dos 5.560 municípios que responderam ao questionário, 19,64% tinham ensino superior, 42,76% tinham livrarias, 64% contavam com vídeo locadora, 49,20% possuíam lojas de discos, CDs e fitas e 7,35% shopping centers.

Tabela - 45

Municípios, total e por tipo de estabelecimentos selecionados no comércio, serviços e lazer existentes, segundo a classe de tamanho da população dos municípios – 2001.

	Municípios, por tipo de estabelecimentos selecionados de comércio, serviços e lazer existentes					
Grandes Regiões	Total de municípios	Unidades de Ensino Superior	Livraria	Vídeo Locadora	Lojas de discos, CDs e fitas	Shopping Centers
Total	5.560	1.092	2.378	3.565	2.736	409
Até 5.000 hab.	1.371	33	247	388	266	2
De 5001 a 20.000 hab	2.668	238	987	1.756	1.194	47
De 20.001 a 100.000 hab	1.275	614	928	1.196	1.057	193
De 100.001 a 500.000 hab.	194	175	184	193	187	135
Mais de 500.000 hab.	32	32	32	32	32	32

Fonte: Ibge. 2002.

As estações de rádio e TV estavam presentes em apenas 20,57% dos municípios, as estações de rádio FM eram 38,25%, as geradoras de TV, 8,38% e os provedores de internet em apenas 22,69% dos municípios brasileiros.

Tabela - 46

Municípios, total e por tipo de estabelecimentos selecionados no comércio, serviços e lazer existentes, segundo a classe de tamanho da população dos municípios – 2001.

Grandes Regiões	Municípios, por tipo de estabelecimentos selecionados de comércio, serviços e lazer existentes				
	Total de municípios	Estações de rádio e TV	Estações de rádio FM	Geradora de TV	Provedor da Internet
Total	5.560	1.144	2.127	466	1.262
Até 5.000 hab.	1.371	16	209	8	31
De 5001 a 20.000 hab	2.668	285	892	87	379
De 20.001 a 100.000 hab	1.275	659	831	230	660
De 100.001 a 500.000 hab.	194	152	164	114	161
Mais de 500.000 hab.	32	32	31	27	31

Fonte: Ibge. 2002.

Em 5.141 municípios não há salas de cinemas, ou seja, em 92,46% do total nacional. Nos 419 municípios que contam com salas de cinema, 273, têm apenas uma sala, o que representa 65,15% do total de municípios.

Tabela – 47

Número de cinemas por tamanho do município

Grandes Regiões	Número de cinemas			
	0	1	De 2 a 5	Mais de 5
Total	5141	273	108	38
Até 5.000 hab.	1367	4	-	-
De 5001 a 20.000 hab	2639	44	6	-
De 20.001 a 100.000 hab	1079	168	26	1
De 100.001 a 500.000 hab.	56	57	67	14
Mais de 500.000 hab.	-	-	9	23

Fonte: Ibge. 2002.

A pesquisa mostra, ainda, que os municípios entre 5.0001 e 100.000 habitantes concentram a maior parte dos serviços de comércio e lazer. Nos municípios com até 5.000 habitantes, a presença de livrarias e lojas que vendem discos, fitas e CDs é muito rara, com percentual muito pequenos. Confrontando esses dados com uma pesquisa realizada por Fernando Nogueira da Costa (Folha de São Paulo, 08/11/00), averiguamos que dos 5.561 municípios brasileiros pesquisados, 57% não despertam interesses ao sistema financeiro. O país possuía 16.223 agências e 6.610 Postos de Atendimento Bancário (PAB). No entanto, 73% da rede de agências localizam-se no centro-sul do país. Há 1.638 municípios sem atendimento bancário, 163 com PAB mas sem agência e, 1.395 com uma única agência. Os bancos, sobretudo, privados dirigem-se para as parcelas do território onde se concentram as classes com maior poder aquisitivo, com renda domiciliar de 10 a 30 salários mínimos e aqueles acima de 30 salários mínimos. Os bancos públicos atendem 21 milhões de domicílios com renda de até 10 salários mínimos. A parcela com renda inferior a 2 salários mínimos é composta de domicílios desbancarizados e que estão presentes nos municípios de menor tamanho.

As condições dos municípios acabam influenciando na distribuição dos médicos no país. Segundo o estudo do Ministério da Saúde, (Saúde Brasil 2004 – Uma análise da situação de saúde), as maiores razões de emprego médico por 10 mil habitantes, em ordem decrescente, são: Sudeste, Sul, Centro-Oeste, Nordeste e Norte, com a região sudeste tendo a maior razão – 13,2 médicos empregados por 10 mil habitantes, e a região norte, pela menor 2,6.

Tabela – 48
Brasil e Grandes Regiões
Número de Médicos –2004

Brasil e Regiões	Emprego médico por 10.000 hab.	Nº de médicos
Norte	2,6	3.456
Nordeste	5,5	26.567
Sudeste	13,2	97.235
Sul	8,1	20.544
Centro-Oeste	6,5	7.673
Brasil	9,0	155.475

Fonte: Saúde Brasil 2004 – Uma análise da situação de saúde.

Com exceção do Sudeste as demais regiões têm uma proporção menor de médicos que a média nacional. As modernizações seletivas no território brasileiro condicionam as atividades liberais, como o exercício da medicina. A concentração da rede médico-hospitalar nos centros urbanos mais importantes tem influenciado diretamente a oferta dos serviços médicos. Desse modo, é que os municípios mais pobres enfrentam enormes dificuldades com a falta permanente desses profissionais.

As denúncias de municípios sem médicos são constantes nos meios de comunicação. *O Correio Braziliense* (18/06/2001), mostrava que no pequeno lugarejo, de Lage Grande, distrito de Alagoinhas, a 232 Km do Recife (PE), os 12 mil habitantes contam com médicos apenas uma vez por semana. As emergências são encaminhadas para o hospital mais próximo que fica a 12 Km de distância. Em Jardim de Angicos (RN), apenas um médico contratado pela Prefeitura atendia 3,5 mil habitantes do lugar. Mas só durante os cinco dias úteis da semana. Aos sábados e domingos os moradores ficam sem qualquer assistência. Em casos graves, é preciso viajar meia hora em estrada de chão, até a cidade mais próxima. No Rio Grande do Norte, segundo o secretário estadual de saúde, Gilson Marcelino, cerca de 80% dos municípios do estado não tinham médicos fixos. Mesmo os salários mais atraentes oferecidos não são capazes de manter os profissionais de saúde nos lugares.

Conforme o Conselho Federal de Medicina (2001), são 1,2 mil cidades em todo o país nas mesmas condições, sem ao menos um médico residindo no local. O atendimento da população é mínimo, garantido por profissionais de cidades vizinhas. Entretanto, o país tem 92 faculdades de medicina e forma cerca de 7.500 alunos por ano, dos quais a maioria permanece nas capitais e nas grandes cidades. Em 2001, para tentar reverter esta situação o Ministério da Saúde lançou um programa de

interiorização de médicos selecionando 500 médicos entre 15 mil candidatos, como ressalta Ricardo Zorzetto (2001). As equipes montadas pelo Ministério da Saúde passaram a atuar em 141 municípios do interior das regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste, além do norte de Minas Gerais. A contratação dos profissionais é feita por meio de uma bolsa (até R\$ 4.500,00 para médicos e R\$ 3.150,00 para enfermeiros), além da garantia de tutoria por doze meses, ao mesmo tempo em que acontece o Curso de Especialização em Saúde da Família. Cabe ao Ministério o pagamento da bolsa, enquanto os municípios assumem moradia e alimentação. O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde atende municípios de até 50 mil habitantes das regiões Norte, Nordeste, Centro Oeste e Norte de Minas com ausência de médicos e altos índices de mortalidade infantil, além de alta prevalência de tuberculose e hanseníase, e/ou incidência de malária. Essa é uma solução parcial que atinge um número reduzido de municípios. Há uma desconexão entre o Ministério da Saúde e da Educação para resolver e viabilizar o atendimento médico em todo o país. Os 7.500 alunos formados por ano, muitos oriundos de instituições públicas poderiam estar atuando nos lugares menos atrativos por um período mínimo de tempo. Se as condições dos lugares não atraem, o Estado precisa se fazer presente.

Mas se os pequenos municípios sofrem com a falta quase absoluta de médicos e de serviços médicos para o seu atendimento, situação diferente não ocorre nas áreas metropolitanas do país. As periferias urbanas sofrem com a ausência de atendimento médico-hospitalar. A ausência de médicos e as constantes filas nos postos e centros de saúde ocupam páginas e páginas dos noticiários. Não bastasse essa situação a proximidade com as redes de serviços médico-hospitalares mais sofisticadas não é garantia de atendimento. A imobilidade relativa das populações que ocupam as periferias urbanas é um entrave para que obtenham tratamento contínuo. O uso corporativo do território se reproduz nas áreas metropolitanas expondo as mazelas de uma sociedade desigual. A manutenção ou restauração da saúde para os mais pobres é uma tarefa hercúlea e, no geral, com resultados exíguos. Organizado como um produto do mercado, os serviços de saúde não respondem as reais necessidades da população. Enquanto não se quebrar com a lógica do mercado nos serviços de saúde do país, o sistema Único de Saúde será muito mais uma carta de intenções do que uma mudança rumo a uma sociedade mais justa e igualitária. A perversidade dessa situação se torna nítida quando lembramos que boa parcela da população brasileira ainda está condenada a morrer sem cuidados médicos. Os lugares não atrativos

são esquecidos pelo poder público e, conseqüentemente, quando nos referimos aos lugares, estamos nos reportando as pessoas que lá vivem.

O SUS é uma verticalidade institucional que sofre com os interesses das verticalidades hegemônicas nos serviços de saúde em diferentes frações do território brasileiro. No caso específico da saúde, a valorização dos distintos capitais (financeiros, industriais) tem se sobreposto as necessidades da sociedade.

Conclusão

O Sistema Único de Saúde foi uma das conquistas mais importantes da Constituição de 1988. Para a sua implantação o Estado, por intermédio do Ministério da Saúde, criou uma verticalidade institucional, isto é, um conjunto normativo que configurou um território normado na saúde. A verticalidade institucional tem induzido o processo de descentralização dos serviços e das ações relacionados à saúde transferindo responsabilidades da esfera federal e estadual para a municipal. Os municípios são os protagonistas principais do processo de descentralização da saúde. Todavia, o direito constitucional relacionado à saúde ainda não se realizou plenamente na sociedade brasileira, justamente porque as ações para viabilizar a sua implantação e a sua operacionalização continuam a não incorporar o território em suas propostas e análises. Como asseverou Milton Santos (Câmara dos 50-Parlamento Brasileiro) se o território tivesse sido considerado, “incluindo os homens, com seu dinamismo”, as reformas pretendidas na constituição teriam que levar em conta a empirização “dessa coisa metafísica que é a nação, através do enraizamento nos lugares ou, pelo menos, do uso diferenciado feito dos lugares, por frações da sociedade que se definem cada qual de modo específico em função disso”.

Os princípios que regem o SUS como a universalidade de acesso aos serviços, em todos os níveis de assistência, a integralidade da assistência, com ações preventivas e curativas exigidas em cada caso e a equidade, desconsidera a organização e o uso do território pelos distintos agentes da sociedade.

Nos períodos que nos ocupamos, ao longo do século XX, o uso do território se modificou profundamente, ditado em grande parte pela sua crescente vocação a internacionalização. Respondendo aos ensejos do mundo é que assistimos as suas profundas mudanças. A internacionalização da economia não seria, neste sentido, possível sem o componente territorial. O início da globalização da economia, no pós-segunda guerra mundial, se deu graças às possibilidades abertas com a difusão do meio técnico-científico-informacional que desencadeou múltiplos processos tais como a industrialização, a urbanização, as modernizações no campo e nas cidades. As inovações técnicas do período governadas no geral por fatores estranhos aos lugares e a região, passaram a interferir diretamente na vida cotidiana dos lugares.

A difusão seletiva dos novos sistemas de objetos e de ações tornou ainda maiores as desigualdades entre os lugares e entre as pessoas. Analisados sob a ótica dos serviços de saúde, o uso do território pelos distintos agentes da economia e da política exerceu papel preponderante

na distribuição desigual desses serviços. A sua tipologia e topologia são reveladoras dessa distribuição que não foi alheia às condições oferecidas pelos lugares. A estruturação de uma rede de serviços privados, amplamente apoiados e subsidiados pelas ações do poder público, se dirigiu para as parcelas mais dinâmicas do território, justamente as que permitem a viabilização das ações verticais. A concentração desses serviços em algumas poucas cidades do país somado aos crescentes recursos públicos que são dirigidos para a sua manutenção e ampliação compromete o pleno funcionamento do SUS. Os objetos banais como os postos de saúde, centros de saúde e os hospitais de menor complexidade, por exemplo, que estão mais igualitariamente distribuídos nos municípios brasileiros e, mais próximos das populações dos lugares, recebem recursos reduzidos, em função da permanência de uma lógica que continua a drenar boa parte dos recursos para a manutenção da rede privada de saúde que presta serviços ao SUS. A situação é mais grave quando consideramos que mesmo dispondo de equipamentos médicos, boa parte dos municípios sofre com a falta permanente de profissionais da área para atender suas populações. As políticas para implementar os programas de saúde da família são um importante passo para resolver esse problema, todavia, a letargia de inúmeros municípios brasileiros torna-se um obstáculo permanente para atrair profissionais na área da

saúde. Concomitante a esse problema o próprio ensino da medicina se transformou, desde a segunda metade do século XX, abandonando uma formação mais generalista dos médicos e voltando-se para a sua crescente especialização. As implicações dessa transformação na área do ensino e pesquisa conduziram a constante incorporação das inovações tecnológicas muitas vezes distante das reais necessidades da população e que tem exercido um papel importante nos gastos na área da saúde. O saber técnico-científico extremamente especializante alimenta um circuito de produção, distribuição e de consumo, movimentando a indústria farmacêutica, de equipamentos de diagnósticos, até os laboratórios, empresas médicas e o próprio mercado financeiro. A saúde é entendida, para diversos agentes como um setor da economia, capaz de valorizar distintos tipos de capitais. Para alimentar esse setor da economia é que parte considerável dos recursos públicos é drenada para os agentes privados da saúde. Símbolo das modernizações constantes do setor, os hospitais são um ponto nevrálgico dessa lógica de mercantilização da medicina e que afeta diretamente os serviços públicos de saúde. Uma das maiores distorções é que os hospitais se tornaram a porta de entrada do sistema público de saúde no país. Os reduzidos recursos do Ministério da Saúde continuam, em boa parte, a serem destinados para esses complexos objetos técnicos-científicos. Ainda que a lógica que tem permeado o

processo de descentralização da saúde seja a de fortalecer as ações preventivas, as políticas na área da saúde não romperam com os interesses privados e, conseqüentemente, permanecem financiando as ações curativas.

Por outro lado, os sistemas de movimento do território foram se difundindo seletivamente, em função dos interesses, sobretudo, dos agentes hegemônicos da economia. Em muitos municípios a circulação é precária, o que dificulta a acessibilidade concreta aos bens e serviços relacionados à saúde. A concentração das redes, especialmente, de alta complexidade nos grandes centros urbanos tem implicações na própria acessibilidade daqueles que precisam usufruir desses serviços. Portanto, não basta criar normas para a regionalização que tecnicamente viabiliza a universalização, integração e equidade dos serviços de saúde, mas que desconsidera totalmente os sistemas de movimento e, por conseguinte, a fluidez do território. Para alcançar alguns dos serviços os obstáculos físicos, econômicos se impõem à sociedade. É importante lembrar que as desigualdades sociais são em primeiro lugar desigualdades territoriais. A concretização do SUS passa necessariamente pelas discussões do uso do território que criou uma organização corporativa, atendendo aos interesses de um reduzido número de agentes. E este território corporativo é obra tanto das opções do poder público que se subordinou

aos mandos da economia, como também dos interesses dos agentes privados que se sobrepõem aos interesses do conjunto da sociedade. É essa contradição do território que precisa ser urgentemente incorporada nas discussões sobre a saúde. O fortalecimento da cidadania passa necessariamente pelas condições oferecidas nos lugares. Enquanto a sociedade não discutir para onde vão os recursos públicos que viabilizam os diferentes setores da economia o Sistema Único de Saúde estará permanentemente ameaçado.

O direito constitucional a saúde ainda não se realizou plenamente na sociedade brasileira. Os obstáculos são de diversas ordens, financeiro, político e territorial. Para que o SUS se concretize é necessário que haja uma nova direção política que seja voltada para atender as necessidades da população nos lugares, o que pressupõe um pacto entre as diversas instâncias de poder (municipal, estadual, federal) e um projeto nacional que vise ampliar os interesses da nação como um todo. Para isso se faz mister romper com atual modelo econômico adotado pelo país que privilegia os grandes capitais (financeiros, empresariais, etc) e parcelas minoritárias da população brasileira e que rebate nas políticas territoriais. O SUS não é um sistema autônomo, e sua concretização depende do conhecimento dessa dinâmica territorial que atende hoje aos interesses, sobretudo, do mercado. Cada um de nós se insere numa determinada

estrutura que autoriza ou não a realização de diferentes ações. Usufruir ou não dos serviços de saúde está diretamente vinculado às possibilidades oferecidas nos lugares. Cada vez mais o SUS será requisitado pela população, pois o agravamento das condições de vida da grande maioria da população tornaram esse sistema ainda mais essencial para o conjunto da sociedade. Daí, a necessidade a revalorizar as possibilidades de produção de um novo futuro e a política é um dado essencial para que os distintos lugares do território possam responder as reais necessidades de suas populações.

Bibliografia

- Abreu, Dalmo Dallari – **O Estado Federal**. São Paulo: Editora Ática. 1986.
- Abreu, Maurício - **Evolução Urbana do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Zahar Editores. 1987.
- Aires, Ildimar Cruz – O processo de implantação do Sistema Único de Saúde: perspectivas dos atores da SES/MG. **Revista de administração pública**. Rio de Janeiro 30(6):21-36, nov./dez. 1996.
- Akrich, Madeleine - Comment Decrire les Objets Techniques? **Techniques e Culture**. n° jun-juin. 1987.
- Almeida, Célia - Mercado privado de serviços no brasil - panorama atual e tendências da assistência-médica suplementar. **IPEA**. Brasília, 1998.
- Almeida, Célia – Reforma do Estado e reforma de sistema de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 4(2), 1999.
- Almeida, Eliza Pinto de - **A metropolização-periferização brasileira no período técnico-científico-informacional**. Dissertação de mestrado apresentada no Departamento de Geografia da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2000.
- Almeida, Marta – Combates sanitários e embates científicos: Emílio Ribas e a febre amarela em São Paulo. **História, Ciências, Saúde. Manguinhos**. 1997.
- Ana Luiza d'Ávila (orgs) – **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. O passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social**. São Paulo: Sobravime; Cealag. 2002.
- Antas Jr., Ricardo Mendes – **Espaço geográfico fonte material e não formal do direito**. Tese de doutorado apresentada no Departamento de Geografia da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2002.
- Antas Jr., Ricardo Mendes – “A norma e a técnica como elementos constitutivos do espaço geográfico: considerações sobre o ressurgimento do pluralismo jurídico”. In: Souza, Maria Adélia (et al) (org.). **Território brasileiro – Usos e Abusos**. Campinas: Edições Territorial. 2003.
- Antunes, José Leopoldo Ferreira - **Hospital - instituição e história social**. São Paulo: Editora Letras & Letras. 1991.

- Arretche, Marta e Marques, Eduardo – Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(3), 2002.
- Arretche, Marta – Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 8(2), 2003.
- Azevedo, Antonio Carlos – Otimização das ações de saúde a nível nacional. **Revista de administração pública**. Rio de Janeiro. 15 (ed. extra): 57-97. 1981.
- Bahia, Ligia e Giovanella – Saúde: O poder da atenção pública. **Conjuntura e Saúde**. Nº 19, dezembro de 1994.
- Bahia, Ligia – “O mercado de planos de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação”. In: Negri, Barjas e Di Giovanni, Geraldo – **Brasil. radiografia da saúde**. Campinas/São Paulo: Instituto de Economia-Unicamp. 2001.
- Bahia, Ligia e Viana, Ana Luiza – **Regulação e Saúde. Estrutura, Evolução e Perspectivas de Assistência Médica Suplementar**. Brasil: Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro 2002.
- Baldijão, Márcia F. Almeida - Sistemas de Informação em Saúde. **São Paulo em perspectiva**. Vol.6. nº 04. Out./dez.1992.
- Becker, Bertha K. – “Repensando a questão ambiental no Brasil a partir da geografia política”. In: Leal, Maria do Carmo et al (org.). **Saúde, Ambiente e Desenvolvimento**. São Paulo-Rio de Janeiro/Ed.Hucitec/Abrasco, vol. I, 1992.
- Belluzo, Luiz Gonzaga de Mello – **O Senhor e o Unicórnio**. São Paulo: Brasiliense. 1984.
- Benchimol, Jaime Larry – A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde**. Rio de Janeiro, 5(2), 2000.
- Bittar, Olimpio J. N. e Mieldazis Elpidio J. – Considerações sobre recursos de saúde, economia e demografia brasileiras. **Revista de administração pública**. Rio de Janeiro 26(3):107-118, jul./set. 1996.
- Bobbio, Norberto – **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier. 1992. 19º reimpressão.
- Bousquat, Aylene – Conceitos de espaço na análise de políticas de saúde. **Lua Nova**. Revista de cultura e política. São Paulo. nº 52. 2001.

- Bovo, José Murari - O conceito de capacidade de poupança própria na análise das finanças municipais. **Revista de administração pública**. Rio de Janeiro 29 (1:110-4, jan./mar. 1995).
- Braga, José Carlos de Souza e Paula, Sergio Góes de – **Saúde e Previdência. Estudos de política social**. São Paulo: Ed. Hucitec. 1986.
- Bremaeker, François E.J. de - Os Municípios Das Regiões Metropolitanas Segundo A Divisão Territorial De 1997. **Revista de Administração Municipal**. Rio de Janeiro. v.44, nº 220. janeiro/março de 1997.
- Calabre, Lia - A participação do rádio no cotidiano da sociedade brasileira (1923/1960).www.casaruibarbosa.gov.br/lia_calabre/main_participacao.html
- Campos, Cristina de – **São Paulo pela lente da higiene. As propostas de Geraldo Horácio de Paula Souza para a cidade (1925-1945)**. São Carlos: Rima, 2002.
- Capistrano Filho, David – **Da saúde e das cidades**. Editora Hucitec. 1995.
- Carvalho, Maria Regina Daltro Ferreira – A assistência médica na Previdência Social. **Conjuntura Social**. Ano I, nº 03, 04/06/1978.
- Carvalho, Regina R. Parizi – Privatização dos serviços de saúde: Repercussão Ética sobre o Exercício Profissional e o processo de formação dos médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 24, nº 1, jan./abr.2000.
- Castro, Antonio Barros e Souza, Francisco E. Pires de – **A Economia Brasileira em Marcha Forçada**. São Paulo: Ed. Paz e Terra. 1988.
- Cataia, Márcio Antonio - **Território nacional e fronteiras internas - a fragmentação do território brasileiro**. Tese de Doutorado apresentada no Departamento de Geografia da Universidade de São Paulo. Março de 2001.
- Coelho, Vera Schattan – “Como alocar recursos médicos escassos?” In: Canesqui, Ana (org.) – **Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico**. São Paulo: Ed. Hucitec. 2000.
- Cohn, Amélia, Nunes, Edison, Jacobi, Pedro R. e Karsch, Ursula – **A Saúde** Corrêa, Roberto Lobato – “Territorialidade e corporação: um exemplo. In: Santos, Milton e Souza, Maria Adélia (eds) – **Território, globalização e fragmentação**. São Paulo: Hucitec/Anpur. 1994.
- Cohn, Amélia – O Sistema Único de Saúde: a síndrome da dualidade. **Revistausp**. São Paulo. Set/out/nov. 2001.
- Cohn, Maria da Glória – “Movimentos sociais: novos campos e territórios. In: Santos, Milton et al (org.) – **O novo mapa do mundo**.

- Problemas Geográficos de um mundo novo.** São Paulo: Ed. Hucitec. 1995.
- Contel, Fabio Betioli – “Os sistemas de movimento do território brasileiro”. In: Santos, Milton e Silveira, Maria Laura – **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI.** Rio de Janeiro: Editora Record. 2001.
- Cordeiro, Hésio – **Empresas médicas.** Saúde em Debate, CEBES: Rio de Janeiro, nº 14. 1982
- Cordeiro, Hésio – **As empresas médicas.** Rio de Janeiro: Editora Graal. 1984.
- Cordeiro, Hésio - **A indústria da saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Edições Graal Ltda. 1985a.
- Cordeiro, Hésio - Financiamento do Setor de Saúde: Proposta para a transição democrática. Saúde em Debate. **CEBES - Centro brasileiro de estudos de saúde.** Nº17. Julho/1985b.
- Corrêa, Roberto Lobato – “Territorialidade e corporação: um exemplo. In: Santos, Milton e Souza, Maria Adélia (eds) – **Território, globalização e fragmentação.** São Paulo: Hucitec/Anpur. 1994.
- Costa, Fernando Nogueira da – Acesso bancário. **Folha de São Paulo.** São Paulo, 08/11/2000.
- Costa, Maria da Conceição N. e Teixeira, Glória Lima Cruz - A concepção de "espaço" na investigação epidemiológica. **Cadernos de saúde pública.** Rio de Janeiro, vol. 15. Nº 02. Abril/junho 1999.
- Costa, Nilson R. – Direito à saúde na Constituição: Um primeiro balanço. **Cadernos de saúde pública.** Rio de Janeiro, 5(1):98-104, jan./mar.1989.
- Costa, Nilson R. – Política pública, ambiente e qualidade de vida: revisitando o Planasa. **Revista de administração pública.** Rio de Janeiro, 25(2):31-9, abr./jun. 1991.
- Costa, Nilson R. – **Políticas públicas, justiça distributiva e inovação. saúde e saneamento na agenda social.** São Paulo: Editora Hucitec. 1998.
- Costa, Nilson R., Silva, Pedro L.Barros e Ribeiro, José M. - A descentralização do Sistema de Saúde no Brasil. **Revista do serviço público.** Ano 50 - nº 03, julho-setembro 1999.
- Costa, Olavo Viana e Augusto, Maria Helena O. - Uma escolha trágica - saúde ou assistência médica? **São Paulo em perspectiva - revista fundação SEADE.** São Paulo, vol. 9, nº 03, jul.set./1995.
- D'Ávila, Ana Luiza (orgs) – **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. O passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social.** São Paulo: Sobravime; Cealag. 2002.
- Dain, Sulamis et al – “Avaliação dos impactos de reforma tributária sobre o financiamento da saúde”. In: Negri, Barjas e Di Giovanni, Geraldo –

- Brasil. radiografia da saúde.** Campinas/São Paulo: Instituto de Economia-Unicamp. 2001.
- Derengowski, Maria da Graça e Fonseca, João F. – Nota Introdutória sobre Estrutura de Mercado, Concentração e Mercados Relevantes. **Fórum de Debates sobre Saúde Suplementar.** Versão Preliminar. Julho de 2003.
- Dias, Leila – A crise e a questão da saúde: a expansão das doenças nos espaços metropolitanos. Seminário: **A metrópole e a crise.** Instituto de Geografia/Departamento de Geografia da Universidade de São Paulo de 11 a 14 de março de 1985.
- Dowbor, Ladislau - **A formação do capitalismo dependente no Brasil.** São Paulo : Brasiliense. 1982.
- Duarte, Cristina Maria Rabelais – “A assistência médica suplementar no Brasil: história e características da cooperativa de trabalho médico Unimed. In: Negri, Barjas e Di Giovanni, Geraldo – **Brasil. radiografia da saúde.** Campinas/São Paulo: Instituto de Economia-Unicamp. 2001.
- Elias, Denise – **Globalização e Agricultura. A Região de Ribeirão Preto-SP.** São Paulo: Editora Universidade de São Paulo. 2003.
- Elias, Paulo Eduardo - A municipalização da Saúde em São Paulo: dimensões políticas e econômicas. **São Paulo em perspectiva.** Vol.6. nº 04. Out./dez.1992.
- Elias, Paulo Eduardo – Reforma e contra-reforma na proteção à saúde. **Lua Nova – revista de cultura e política.** São Paulo. 1997.
- Elias, Paulo Eduardo - "Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil". In: Cohn, Amélia e Elias, Paulo E. **Saúde no Brasil. políticas e organização dos serviços.** São Paulo: Ed. Cortez/CEDEC. 1998.
- Etzioni, Amitai – **Organizações Complexas – Estudo das organizações em face dos problemas sócias.** São Paulo: Ed. Atlas S.A., 1967.
- Fadul, Wilson – **História da 3º Conferência Nacional de Saúde. Discurso do Ministro da Saúde, Deputado Wilson Fadul.** Rio de Janeiro, RJ, 9 a 15 de dezembro de 1963.
- Farias, Luís Otávio e Melamed, Clarice – Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, 8(2):585-598. 2003
- Fausto, Boris - **História do Brasil.** São Paulo: Edusp: Fundação para o Desenvolvimento da Educação. 1999.
- Fel, André - “Historie des Techniques”. **Encycopedie de la Pléiade.** Paris: Gallimard. 1978.
- Ferreira-Santos, Ruy – Médicos e Medicina. Evolução e Mudanças em meio século. **Medicina Ribeirão Preto,** v.28, nº 1, jan./mar.1995.

- Fiori, José Luís – 3^o edição. “Estados, moedas e desenvolvimento”. In: Fiori, José Luís (org.) – **Estados e moedas no desenvolvimento das nações**. Petrópolis, RJ: Vozes. 2000.
- Fiori, José Luís – **60 lições dos 90. Uma década de neoliberalismo**. Rio de Janeiro: Record. 2001.
- Foucault, Michel – **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1979.
- Freeman, Richard e Moran, Michael – “A saúde na Europa”. In: Negri, Barjas e d’Ávila, Ana Luiza (orgs). – **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios**. São Paulo: Sobravime; Cealag. 2002.
- Furtado, André Tosi e Souza, José Henrique – Evolução do setor de insumos e equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos no Brasil: a década de 90. In: Negri, Barjas e Di Giovanni, Geraldo – **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas,SP:Unicamp. IE, 2001.
- Furtado, Celso - **O Brasil Pós-Milagre**. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra. 1981.
- Gerschman, Silvia – A descentralização da política de saúde no final dos anos de 1990. **Revista de administração pública** Rio de Janeiro 34(4): 147-70, Jul./Ago. 2000.
- Giambiagi, Fabio e Além, Ana Cláudia – **Finanças públicas – teoria e prática no Brasil**. Editora Campus.
- Giovanella, Ligia e Bahia, Ligia – Saúde: O poder da atenção pública. **Conjuntura e Saúde**, nº 19, dezembro de 1994.
- Goldmann, Lucien – **Dialética e Cultura**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1979.
- Granger, Gilles-Gaston – **A Ciência e as ciências**. São Paulo: Editora UNESP. 1994. (Ariadne).
- Guimarães, Raul Borges - A Tecnificação da prática médica no Brasil: em busca de sua geografização. **Terra livre - AGB**. São Paulo. Nº 09. Julho-dezembro de 1991.
- Guimarães, Raul Borges - “Geografia e saúde: um campo de possibilidades”. In: Carlos, Ana Fani Alessandri e Oliveira, Ariovaldo Umbelino (orgs). **Reformas no mundo da educação - parâmetros curriculares e geografia**. São Paulo: Editora Contexto. 1999.
- Guimarães, Raul Borges - **Saúde pública e política urbana - memória e imaginário social**. Tese de Doutorado apresentada no Departamento de Geografia da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2000.
- Hägerstrand, Torsten - The propagation of innovation waves. In: Wagner, Philip L. e Mikesele, Marvin W.(1962). **Readings in cultural geography**. The University of Chicago. press. Chicago and London. 1965.

- Hägerstrand, Torsten - "El terreno propio de la geografia humana". In: Chorley, Richard J. - **Nuevas tendencias en geografia**. Madrid: Coleccion "Nuevo Urbanismo". 1975.
- Heimann, Luiza et al - **O município e a saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec. 1992.
- Heimann, Luiza et al - **Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos. 2000.
- Hochman, Gilberto - **A era do saneamento**. São Paulo: Editora Hucitec/ANPOCS. 1998.
- Hochman, Gilberto e Fonseca, Cristina - "A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo". In: Gomes, Ângela de Castro (org.) **Capanema: o ministro e seu ministério**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.
- Hochman, Gilberto e Lima, Nísia Trindade - Pouca Saúde, Muita Saúva os males do Brasil são - Discurso Higienista e Interpretação do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 313-332, 2000.
- Ianni, Octavio - **Estado e Capitalismo**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira S.A. 1965.
- Ibañez, Nelson e Spinelli, Selma Patti - "Setor filantrópico: a experiência na operação de planos de saúde no Estado de São Paulo". In: Negri, Barjas e d'Ávila, Ana Luiza (orgs). - **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios**. São Paulo: Sobravime; Cealag. 2002.
- Iyda, Massako - **Cem anos de saúde publica: a cidadania negada**. São Paulo : Universidade Estadual Paulista. 1994.
- Jatene, Adib - Distribuição dos leitos hospitalares na cidade de São Paulo. **Revista de cultura - IMAE**. São Paulo, Ano 2 - volume 2 - nº 3, jan./fev./mar. De 2001.
- Junqueira, Luciano A. Prates - "A descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde". In: Canesqui, Ana Maria (org.) - **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec/Abrasco. 1997.
- Junqueira, Luciano A. Prates e Inojosa, Rose Marie - O processo municipalização na política em São Paulo. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, 31(5), set./out. 1997.
- Junqueira, Luciano A. Prates - Descentralização e mudança nas organizações públicas de saúde. **Cadernos Fundap**. São Paulo. S/d.
- Kligerman, Jacob - O desafio de implantar a Assistência Oncológica no SUS. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Vol. 46, nº 01, jan./fev./mar. 2000.
- Kosik, Karel - **Dialética do Concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1976.
- Kugelmas, Eduardo - "A evolução recente do regime federativo no Brasil". In: Hofmeister, Wilhelm e Carneiro, José Mario Brasiliense (org.) -

- Federalismo na Alemanha e no Brasil.** São Paulo; Fundação Farad Adenauer, Série Debates, nº 22, volume 1, abril de 2001.
- Labasse, Jean e Rochefort, Michel - Équipements tertiaires supérieurs et réseau urbain. **Economie e humanisme.** Nº 159. Mars/avril. 1965.
- Labasse, Jean – **La ciudad y el hospital. Geografía hospitalar.** Madrid: Instituto de estudios de administracion local. 1982.
- Landmann, Jaime – Racionalização da assistência médica no Brasil. **Saúde em Debate.** Cebes/Hucitec. 1979.
- Lévy, Pierre – **As tecnologias da inteligência.** Rio de Janeiro/Ed. 34. 1993.
- Lucchese, Patrícia T.R . – Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdade em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, 8(2):439-448. 2003.
- Luz, Madel Therezinha – **As instituições médicas no Brasil: instituições e Estratégia de Hegemonia.** Rio de Janeiro: Ed. Graal. 1979.
- Luz, Madel Therezinha – Novas realidades em saúde, novos objetos em Ciências Sociais. In: Canesqui, Ana Maria (org.) – **Ciências Sociais e Saúde.** São Paulo: Ed. Hucitec/Abrasco. 1997.
- Luz, Madel Therezinha – “Políticas de Descentralização e Cidadania: Novas Práticas em Saúde no Brasil Atual”. In: Pinheiro, Roseni e Mattos, Rubem Araújo (org) - **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** UERJ/IMS:ABRASCO/Rio de Janeiro.2001.
- Mamigonian, Armen - O processo de industrialização em São Paulo. **Boletim Paulista de Geografia.** São Paulo, nº. 50, março de 1976.
- Mantega, Guido - **A Economia Política Brasileira.** Petrópolis: Editora Vozes Ltda. 1985.
- Marinho, Maria Gabriela S.M.C. – **Norte-americanos no Brasil. Uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo (1934-1952).** Campinas, São Paulo: Autores Associados, São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001. (Coleção educação contemporânea).
- Marques, Rosa Maria e Mendes, Áquilas – “Novas incertezas sobre o financiamento da saúde”. **Gazeta Mercantil.** São Paulo, 13/09/2000.
- Marques, Rosa M. e Mendes Áquilas - O risco da volta do (des)financiamento do SUS. **Gazeta mercantil,** 01/10/2001.
- Marton, Ana Maria e al. Regionalização dos serviços de saúde no Brasil. **Revista de administração pública.** Rio de Janeiro, 17(3):121-49, julho/setembro de 1983.
- Medici, André – Saúde e crise na América Latina (impactos sociais e políticas de ajuste). **Revista de administração pública.** Rio de Janeiro. 23(3):7-98. maio/jul.1989.

- Medici, André, Oliveira, Francisco E.B. e Beltrão, Kaizô - Subsídios para a reforma constitucional no campo da seguridade social: visão histórica e perspectivas. **Planejamento e políticas públicas**. Volume 1 - Nº 1. Brasília. Jun. 1989.
- Medici, André e Maciel, Marco Cícero M.P. - A dinâmica do gasto social nas três esferas de governo: 1980-92. In: www.fundap.sp.gov.br/info/fed4.htm.
- Medici, André - "Financiamento e gasto em saúde no Brasil". In: **Economia e financiamento do setor de saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização**. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo. 1994.
- Médici, André – Evolução da estrutura do sistema de saúde. CDROOM – Brasil em Foco. 1999.
- Mello, Carlos Gentile – A privatização dos Hospitais Governamentais, Filantrópicos, Universitários e de Ensino. **Saúde em Debate**. Cebes: Rio de Janeiro. Nº 2, jan/fev/mar 1977a.
- Mello, Carlos Gentile – Planejamento de saúde e desenvolvimento econômico. **Revista de administração pública** Rio de Janeiro. 11(3):81-96. jul./set.1977b.
- Mello, Carlos Gentile – "A Formação do Médico Generalista e a Medicina Previdenciária". **Seminário produzido pela Associação Brasileira de Educação Médica**. Fundação Kellog/Campinas 1978.
- Mello, Heloísa Carpena Vieira – Contratos de Assistência Médica Privada – o direito do consumidor à saúde. www2.uerj.br/~direito/publicacoes/mais_artigos/contratos_de_assistencia.html. 2004.
- Melo, Paulo Roberto de Sousa, Rios, Evaristo Carlos Silva Duarte e Gutierrez, Regina Maria Vinhais. Equipamentos para hemodiálise. Complexo Eletrônico. **BNDES Setorial**, Rio de Janeiro, n.12, p. 105-134, set. 2000.
- Mendes, Eugênio Vilaça – "O Sistema Único de Saúde – um processo social em construção". In: **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec. 1996.
- Mendes, Eugênio Vilaça - "A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: Novos rumos e um outro olhar sobre o nível local". In: Mendes, Eugênio Vilaça (org.) - **A organização da saúde no nível social**. São Paulo: Ed. Hucitec. 1998.
- Mendes, Eugênio Vilaça - "A reengenharia do sistema de serviços de saúde no nível local: a gestão da atenção à saúde". In: Mendes, Eugênio Vilaça (org.) - **A organização da saúde no nível social**. São Paulo: Ed. Hucitec. 1998.

- Merhy, Emerson e Queiroz, Marcos S. – Saúde Pública, rede Básica e o sistema de saúde brasileiro. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 9(2), abr/jun. 1993.
- Merhy, Emerson Elias – A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Emerson Elias e Onocko, Rosana (org.) – Agir em Saúde um desafio para o público. Saúde em Debate – Série Didática. São Paulo/Buenos Aires: Ed. Hucitec/Lugar Editorial. 1997.
- Mesgravis, Laima - **A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1599? - 1884)**. São Paulo: Conselho Estadual de Cultura. 1976.
- Monti, José Fernando C. - Sistema Único de Saúde: uma reforma no meio do caminho. **São Paulo em perspectiva**. Vol.6. nº 04. Out./dez.1992.
- Morin, Edgar – **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez. 2002.
- Mota, André – **Quem é bom já nasce feito – sanitarismo e eugenia no Brasil**. Rio de Janeiro: DP&A. 2003.
- Moura, Rosa e Kleinke – Espacialidades de Concentração na Rede Urbana da Região Sul. **Revista Paranaense de Desenvolvimento**. Nº 95, jan/abr.1999.
- Nascimento, Vânia Barbosa – Interdependência e autonomia na gestão pública da saúde. **Lua Nova – Revista de cultura política**. São Paulo, nº 52. 2001.
- Negri, Barjas - "As políticas de Descentralização industrial e o processo de interiorização em São Paulo: 1970-1985". In: Tartaglia, José Carlos e Oliveira, Osvaldo Luis de Oliveira. **Modernização e Desenvolvimento no Interior de São Paulo**. São Paulo: UNESP. 1988.
- Negri, Barjas – **Concentração e Desconcentração industrial em São Paulo (1880-1990)**. Campinas, SP: Editora da Unicamp. 1996.
- Negri, Barjas e Di Giovanni, Geraldo (orgs). – **Brasil – radiografia da Saúde**. Campinas, SP: UNICAMP. IE. 2001.
- O Perfil do Sistema de Serviços de Saúde Brasil – Organização Pan-Americana de Saúde. Novembro de 2001.
- Peixoto, Fábio – Hospital S.A. **Exame**/09 de janeiro de 2002.
- Pereira, David da Silva – **O Sistema Sanitário e o Uso do Território na região central da cidade de São Paulo**. Dissertação apresentado a Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo, janeiro de 2002.
- Picheral, Henri – Les médecins aux Etats-Unis: équité et justice territoriale. **Space, populations, Societes**. 1992-3.

- Piola, Sérgio Francisco – **Evolução das Políticas de Financiamento do Setor Saúde no Brasil**. Brasília, 1989.
- Piola, Sérgio Francisco et al – Financiamento das políticas sociais: o caso do Ministério da Saúde. **Revista de serviço público**. Ano 51, nº 03, jul-set. 2000.
- Piola, Sergio Francisco Biasoto Júnior, Geraldo. Financiamento do SUS nos anos 90. In: Negri, Barjas e Di Giovanni, Geraldo – **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas,SP:Unicamp. IE, 2001.
- Pochamann, Marcio e Amorim, Ricardo (org.) – **Atlas da exclusão social do Brasil**. São Paulo: Cortez. 2003.
- Racine, Jean-Bernard - “Problématiques et méthodologie: de l’implicite à l’explicite”. In: Isnard, H, Racine J-B e reymond, H. **Problématiques de la géographie**. Paris: Presses Universitaires de France. 1981.
- Raffestin, Claude – **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ed. Ática. 1994.
- Reis, Carlos Octávio Ocké - O Estado e os Planos de Saúde no Brasil. **Revista do serviço público**. Ano 51, número 1 - janeiro-março 2000.
- Reis, Carlos Octávio Ocké – Uma estimativa dos gastos das famílias em saúde. In: Negri, Barjas e Di Giovanni, Geraldo – **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas,SP:Unicamp. IE, 2001.
- Reis, Carlos Octávio Ocké - **Os planos de Saúde no Brasil: um estudo sobre o Mercado, Gastos e Regulação**. Tese de Doutorado apresentada no PPSC, UERJ. 2002.
- Ribeiro, Ana Clara Torres e Ribeiro, Cláudia Tavares - **Metrópole e Saúde: elementos para a pesquisa da intervenção pública**. Oficina de Trabalho: Saúde e grandes Cidades (Construção para uma agenda de pesquisa) realizado na Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Instituto de Medicina Social, entre 04 e 06 de novembro de 1992.
- Ribeiro, Ana Clara Torres – “Modernidade e risco nas metrópoles brasileiras”. In: Canesqui, Ana Maria (org.) – **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec/Abrasco. 1997.
- Ribeiro, Ana Clara Torres - Tecnologias de informação e comunicação, saúde e vida metropolitana. **Interface- comunicação, saúde, educação**. Rio de Janeiro. Fevereiro de 1998.

- Ribeiro, Ana Clara, Silva, Cátia A. da, Vieira, Hermani de Moraes - "Em defesa da reflexão na escala metropolitana: o ângulo da saúde". In: Najjar, Alberto Lopes e Marques, Eduardo Cesar - **Saúde e espaço. Estudos metodológicos e técnicos de análise**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 1998.
- Ribeiro, Ana Clara Torres - Ética e poder: algumas idéias sobre corrupção. **Proposta - revista trimestral de debate da FASE**. Ano 30, nº 91, dezembro/fevereiro de 2001/2002.
- Ribeiro, José Mendes - "Regulação e contratualização no setor saúde. In: Negri, Barjas e Di Giovanni, Geraldo - **Brasil. radiografia da saúde**. Campinas/São Paulo: Instituto de Economia-Unicamp. 2001.
- Ribeiro, Lúcia - Os movimentos sociais e sua relação com a questão da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, ENSP/Rio de Janeiro vol. V, nº 03, jul./set.1989.
- Ribeiro, Maria Alice Rosa - **História sem fim...Inventário da saúde pública 1880-1930**. São Paulo: Editora Unesp. 1993.
- Rodrigues, José Filho - A oferta e a procura dos serviços médico-hospitalares no Brasil. **Revista de administração pública**. Rio de Janeiro, 17(4): 95-101, out./dez. 1983.
- Romero, Mariza - **Medicalização da saúde e exclusão social. São Paulo, 1889-1930**. Bauru/São Paulo: Edusc, 2002.
- Sabbatini, Renato M.E. - **A telemedicina no campo**. Jornal Correio Popular.
- Sanguin, André-Louis - **La géographie politique**. Presses Universitaires de France. Paris. 1977.
- Santos, Milton - Sociedade e Espaço: a formação social como teoria e como método. **Boletim Paulista de Geografia**. Universidade de São Paulo/ São Paulo, junho de 1977a.
- Santos, Milton - Desenvolvimento Econômico e Urbanização em Países Subdesenvolvidos: Os Dois Sistemas de Fluxo da Economia Urbana e suas Implicações Espaciais. **Boletim Paulista de Geografia**. São Paulo, 56. fevereiro de 1977b.
- Santos, Milton - **O Trabalho do Geógrafo no Terceiro Mundo**. São Paulo: Ed. Hucitec. 1º edição. 1978.
- Santos, Milton - **O Espaço Dividido - Os dois circuitos da economia urbana nos países subdesenvolvidos**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora. 1979.
- Santos, Milton - **Espaço e Sociedade**. Petrópolis: Editora Vozes. 1979.
- Santos, Milton - Introdução a Economia Política das Disparidades Dentro de uma Região Metropolitana: O caso do Rio de Janeiro. **Relatório ao CNPq**. dezembro de 1981.

- Santos, Milton - **Espaço e método**. São Paulo: Ed. Nobel. 1985.
- Santos, Milton - O período técnico-científico e os estudos geográficos. Comunicação apresentada ao **Seminário Interamericano sobre ensino dos estudos sociais, promovido pela Organização dos Estados Americanos**. Washington, 28 de julho a 1º de agosto de 1986. 1986a.
- Santos, Milton - O Território e a Constituição. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, 20(4), out./dez.1986b.
- Santos, Milton - Espaço e Dominação. **Seleção de Textos**. São Paulo: Associação dos Geógrafos Brasileiros. Jun. 1987.
- Santos, Milton - **Manual de geografia urbana**. São Paulo:Hucitec. 1989a.
- Santos, Milton - “A metrópole: modernização, involução e segmentação”. In: Valladares, Lícia e Pretedille (org.) **Reestruturação Urbana - Tendências e Desafios**. Rio de Janeiro: Editora Nobel/IUPERJ. 1990. pp. 183-191.
- Santos, Milton - Objetos e Ações: Dinâmica Espacial - Dinâmica Social. **Geosul**. Florianópolis. nº 14. Ano VII. 2º semestre de 1992.
- Santos, Milton - **A Urbanização brasileira**. São Paulo: Ed. Hucitec. 1993a.
- Santos, Milton - **O Espaço do Cidadão**. São Paulo: Editora Nobel. 1993b. 2º edição.
- Santos, Milton - **Metamorfose do espaço habitado**. São Paulo: Ed. Hucitec. 1994a.
- ➔ Santos, Milton - **Técnica espaço tempo - globalização e meio técnico-científico- informacional**. São Paulo: Ed. Hucitec. 1994b.
- Santos, Milton - Santos. **Boletim gaúcho de geografia**. Porto Alegre. Nº 20. Dezembro de 1995.
- Santos, Milton - **A natureza do espaço. Técnica e tempo. Razão e emoção**. São Paulo: Editora Hucitec. 1996.
- Santos, Milton - “Por Uma Geografia Cidadã: Por uma Epistemologia da Existência. **Boletim Gaúcho de Geografia**. Porto Alegre. Nº 21. Agosto de 1996a.
- Santos, Milton - São Paulo, uma evolução contraditória. **Anales de Geografia de La Universidad Complutense**. nº 16. Madrid. 1996c.
- Santos, Milton - “Os limites da Globalização”. Entrevista concedida à **Revista Arquitetura e Urbanismo**. Ano 12 - ABR/MAI 1997a.

- Santos, Milton - Da política dos Estados à política das empresas. **Caderno Esc. Legislativo**. 3(6). Belo Horizonte. jul/dez.1997b.
- Santos, Milton e Arroyo, Mónica – Globalização, Regionalização: A proposta do Mercosul. Indústria e Globalização. **Sesi-DN**. Brasília, 1997.
- Santos, Milton – “Nação, Estado e Território”. In: Mendonça, Sonia e Motta, Márcia (orgs.) – **Nação e Poder na Dimensão da História**. Rio de Janeiro: EDUFF.1998a.
- Santos, Milton – “A grande crise já se instalou”. In: Mineiro, Santos Adhemar et al (org.) – **Visões da crise**. Rio de Janeiro: : Contraponto. 1998b.
- Santos, Milton – “Uma metamorfose política”. In: Folha de São Paulo, Caderno Mais!. São Paulo, 17/10/1999. 1999a.
- Santos, Milton - O Território e o saber local: algumas categorias de análise. **Cadernos IPPUR**. Rio de Janeiro, Ano XIII, nº 02. 1999a.
- Santos, Milton - O Dinheiro e o Território. **Geographia - revista da Pós-Graduação em geografia da Universidade Federal Fluminense**. Niterói/Rio de Janeiro, UFF/EGG.1999b.
- Santos, Milton - Por uma nova federação. **Correio braziliense**. . Brasília, 16/07/2000.
- Santos, Milton – **Território e sociedade**. Entrevista com Milton Santos. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo. 2000b.
- Santos, Milton e Silveira, Maria Laura – **O Ensino Superior Público e Particular e o Território Brasileiro**. Brasília: ABMES. 2000c.
- Santos, Milton – **Por uma outra globalização – do pensamento único à consciência universal**. Rio de Janeiro/São Paulo. Editora Record. 2000d.
- Santos, Milton e Silveira, Maria Laura – **O Brasil. território e sociedade no início do século XXI**. São Paulo: Editora Record. 2001.
- Santos, Milton Santos – “O mapa social da educação”. In: **Correio Braziliense**. Brasília, 08/04/2001.
- Santos, Milton – Economia Espacial: Críticas e Alternativas. São Paulo: **Editora da Universidade de São Paulo**. 2003.
- Santos, Milton – Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 2003.
- Santos, Milton - “Espaço Condiciona atividade Humana”. **Cadeias Produtivas e Microrregiões do Estado de São Paulo**. São Paulo-SEBRAE. s/data.
- Scatena, João Henrique G. e Tanaka, Oswaldo Y. - Distribuição dos estabelecimentos de saúde no Brasil: para qual modelo caminhamos? **Revista de administração pública**. Rio de Janeiro 32(4):7-25. Jul./Ago. 1998.

- Schraiber, Lilia Blima – **O Médico e seu trabalho. Limites da liberdade.**
São Paulo: Hucitec. 1993.
- Sevcenko, Nicolau - **A Revolta da Vacina - mentes insanas e corpos rebeldes.** São Paulo: Editora Brasiliense. 1984.
- Siegried, André – **Itinéraires de contagions – Epidémies et idéologies.**
Paris: Librairie Armand Colin. 1960.
- Silveira, Maria Laura - “Por um conteúdo da reflexão epistemológica em geografia”. In: Souza, Álvaro J, Souza, Edson B. C. e Magnomi, Lourenço Jr. - **Paisagem - território - região - em busca da identidade.** Cascavel: EDUNIOESTE. 2000.
- Silveira, Maria Laura - Endurecimento dos Sistemas Técnicos, Flexibilização dos Sistemas Organizacionais: Um nova dialética do meio técnico-científico? (Um exemplo de modernização territorial argentina). **Encontro Internacional “Lugar Formação Socioespacial Mundo”.** São Paulo: ANPEGE. 08-10/1994.
- Silveira, Maria Laura - Uma situação geográfica: do método à metodologia. **Território/LAGET, UFRJ.** Ano IV, nº 6 (jan./jun.1999). Rio de Janeiro:Garamond. 1999.
- Singer, Paulo - **Prevenir e curar : o controle social através dos serviços de saúde.**In: Fernando Lopes e Fernandes, Francisco Rego Chaves (coord.). Rio de Janeiro : Forense-Universitária. 1978.
- Sorre, Max.- **Les Fondaments de la Géographie Humaine - L’Habitat.** Tomo III. Paris: Librairie Armand Colin. 1952.
- Sorre, Max. - **El Hombre en La Tierra.** São Paulo:Editora Labor S.A. 1967.
- Sorre, Marx – “Fundamentos da Geografia Humana”. In: Megale, Januário Francisco (org) – **Max. Sorre.** São Paulo: Ática. 1984.
- Souza, Maria Adélia de - Regionalização: tema geográfico e político - O caso paulista. **Boletim Paulista de Geografia.** n. 50. São Paulo. Março de 1976.
- Souza, Maria Adélia - **Cidade: espaço e tempo - uma reflexão sobre a epistemologia da complexidade (uma intrigância).** Departamento de Geografia - Faculdade de Filosofia Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo. outubro de 1991.
- Souza, Maria Adélia - As grandes cidades: segregação social e espacial. Seminário **Saúde e grandes cidades no IML** - Instituto de Medicina Social. UERJ. Rio de Janeiro. Novembro de 1992.
- Souza, Maria Adélia de - **A Identidade da Metrôpole.** São Paulo: Editora Hucitec. 1994.

- Souza, Maria Adélia - A Metrópole Global - uma reflexão sobre o espaço intrametropolitano. São Paulo em Perspectiva. Volume 9. nº 2. **Revista da Fundação SEADE**. abr-jun/1995.
- Souza, Maria Adélia et al - **Metrópole e Globalização. Conhecendo a cidade de São Paulo**. São Paulo: Cedesp. 1999.
- Souza, Renilson Rehem de - “O financiamento federal do SUS: mitos e verdades”. In: Barjas, Negri (org.) - **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. O passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social**. São Paulo: Sobravime; Cealag. 2002.
- Sposati, Aldaíza e Lobo, Elza - Controle Social e Políticas de saúde. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 8(4): out/dez. 1992.
- Sposati, Aldaíza (coord.). **Mapa da Exclusão/Inclusão Social da Cidade de São Paulo**. São Paulo: Educ. 1996.
- Suzigan, Wilson - Estado e industrialização do Brasil. **Revista de Economia Política**. vol. 8. nº 4. outubro/dezembro.1988.
- Suzigan, Wilson - Experiência histórica de política industrial no Brasil. **Revista de Economia Política**. vol. 16. nº 1. janeiro/março.1996.
- Tavares, Maria da Conceição - “Império, território e dinheiro”. In: Fiori, José Luís (org.) - **Estados e moedas no desenvolvimento das nações**. Petrópolis, RJ: Vozes. 2000.
- Teixeira, Sonia Maria Fleury - O Custo Social do Pagamento da Dívida na América Latina. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, 23(3): 99-134. Maio/julho de 1989.
- Telarolli Junior, Rodolpho - **Poder e saúde - as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo**. São Paulo: Editora Universidade Estadual Paulista. 1996. - (Prismas).
- Ugá, Maria Alicia, Piola, Sergio, Porto, Silvia Marta e Vianna, Sólon Magalhães - Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 8(2):417-437. 2003.
- Vercesi, Mariana A. - **A refuncionalização do uso do território pelos serviços de saúde da alta complexidade**. Relatório de Qualificação apresentado no Departamento de Geografia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004.
- Viacava, Francisco e Bahia, Ligia - Assistência médico-sanitária. Os serviços de saúde segundo o IBGE. s/d. novembro de 1996.
- Viana, Ana Luiza D'Ávila - Novos riscos, a cidade e a intersectorialidade das políticas públicas. **Revista de administração pública**. Rio de Janeiro 32(2): 23-33, março/abril. 1998.

- Viana, Ana Luiza D'Ávila e Reis, Carlos Octávio Ocké - A regulamentação dos planos e seguros privados no Brasil. Seminário: **Estudos em Saúde Coletiva**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social. Junho 1997.
- Vianna, Sólton Magalhães – Revisitando a Distribuição de encargos na saúde entre esferas de governo. Financiamento e Gestão na área da saúde.. www.opas.org.br/observatorio. 28/09/04.
- Woodrow P. Pantoja – A Saúde no Brasil. **Revista de administração pública**. Rio de Janeiro, 3(1): 19-146, jan./jun. 1969.
- Xavier, Marcos – “Os sistemas de engenharia e a tecnicização do território. O exemplo da rede rodoviária brasileira. In: Santos, Milton e Silveira, María Laura – **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Editora Record. 2001.
- Zorzetto, Ricardo – “Saúde para sem-médicos”. In: www.unifesp.br/comunicacao/jpta/ed151/ensino1.htm. Janeiro de 2001.

Periódicos

Balanço Anual da Gazeta Mercantil – novembro de 2000 – ano 5, nº 5.

Correio Braziliense 18/06/2001 – Uma realidade de miséria.

Folha de São Paulo – 27/09/1998

Gazeta Mercantil – 09/11/1999

Gazeta Mercantil – 23/04/1998.

Gazeta Mercantil (Panorama Setorial) **O Mapa da Saúde no Brasil**, São Paulo, volume I, março de 1999.

O Globo – Vale tudo para driblar a lei. 07/07/2004.

Revista Exame – 09/01/2002.

Sumário de Dados da Grande São Paulo, 1992.

A digitalização deste documento foi possível graças ao investimento do Programa de Pós-graduação em Geografia Humana (PPGH-FFLCH-USP) e realizada com recursos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001. Essa ação integra as atividades de comemoração dos 50 anos do PPGH no ano de 2021. Para mais informações sobre o PPGH e sua história, visite a página do programa: <http://ppgh.ffeilch.usp.br/>.



1971-2021