

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E BEM-ESTAR SOCIAL: fronteiras entre o financiamento público e o privado no Brasil e em Portugal

Carolina Pires Araújo¹

Lízia Coelho Medina²

Eduardo Salomão Condé³

RESUMO

As políticas de *welfare* surgem como uma resposta do Estado às relações com o mercado nas sociedades industriais modernas. A emergência de demandas sociais resulta, assim, da tensão entre democracia e capitalismo. Considerada um dos pilares dos sistemas ocidentais de proteção social, a saúde pública articula-se, em geral, a outras políticas sociais. Ao se estudar políticas públicas faz-se necessário recorrer às conexões entre Estado, política, economia e sociedade. A saúde pública é prestada de múltiplas formas, cujas variáveis decorrem do contexto político-econômico. O presente estudo objetiva identificar os dispêndios público e privado na proteção social da saúde do Brasil e de Portugal, a partir de dados estatísticos mais recentes disponíveis da Organização Mundial da Saúde (OMS) e a da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).

Palavras-chave: Welfare state. Políticas públicas. Proteção social. Saúde. Financiamento.

¹ Mestre em Informação e Comunicação em Saúde na Fiocruz (2012). Doutoranda em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). E-mail: carolpa_com@yahoo.com.br

² Mestranda em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Advogada e Professora do curso de Direito da Faculdade Estácio de Sá/Campus Juiz de Fora e

³ Doutor em Economia Aplicada pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP - 2004) e Mestre em Ciência Política no Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ - 1996). Professor Associado no Departamento de Ciências Sociais da

Introdução

Portugal e Brasil. Dois países separados pelo Oceano Atlântico, cujas trajetórias já se cruzaram na história. Mas muito mudou desde as Navegações. A colônia portuguesa se emancipou na expectativa de ser uma nação promissora. Os continentes de cada país demarcam um contexto bem diferente. Em termos de Estado, enquanto a Europa possui uma história extensa de lutas sociais e políticas, a América Latina tem um passado relativamente recente. Esses dois países hoje vivem de alguma maneira o dilema do centro-periferia. Brasil porque parece ser o centro da periferia e Portugal, o contrário, a periferia do centro.

Como as políticas de *welfare* surgem como uma resposta do Estado às relações com o mercado nas sociedades industriais modernas, a emergência de demandas sociais resulta da tensão entre democracia e capitalismo. O sistema capitalista, embora seja um fenômeno que atingiu proporções globais, tem sua particularidade em cada contexto. Por isso, a comparação de dois países com perspectivas históricas tão distintas. O foco desta pesquisa é a saúde pública, considerada um dos pilares dos sistemas ocidentais de proteção social, que se articula, em geral, a outras políticas sociais. Ao se estudar políticas públicas faz-se necessário recorrer às conexões entre Estado, política, economia e sociedade. A saúde pública é prestada de múltiplas formas, cujas variáveis decorrem do contexto político-econômico.

Diante desse contexto, este artigo procura identificar os gastos em saúde de Brasil e Portugal, com base na articulação entre os domínios público e privado. As estatísticas utilizadas são provenientes especialmente de duas bases de dados: a da Organização Mundial da Saúde (OMS) e a da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).

Delimitar as fronteiras entre os domínios público e privado é uma empreitada um tanto quanto complexa. Este trabalho busca traçar, de modo panorâmico e quantitativo, o financiamento público e privado na proteção social da saúde do Brasil e de Portugal. No entanto, o presente estudo não objetiva detalhar os modelos de sistemas de saúde e suas respectivas políticas, e não aborda aspectos como a alocação dos recursos, a composição do gasto em saúde, as variantes e tipos de fontes de financiamento.

O presente trabalho está estruturado em quatro tópicos: o primeiro trata dos fundamentos teóricos do *welfare state*; para que no seguinte se busque caracterizar o sistema de proteção social dos dois países, a partir de alguns marcos de suas trajetórias; a terceira parte trata das políticas sociais em saúde; e, por fim, é apresentada uma análise das estatísticas de financiamento de ambos os países.

1. *Welfare state*: fundamentos teóricos

O *welfare state* ou estado de bem-estar social é um fenômeno que se desenvolve no século XX, sendo diversas as teorias que procuram explicar o seu surgimento. Uma corrente considera que o *welfare* é uma resposta aos problemas gerados pela modernização. Sob essa ótica, o movimento de modernização criou, em certo sentido, demandas de bem-estar. De qualquer forma, é típico das sociedades capitalistas. Ao estabelecer conexão direta com o capitalismo, nota-se uma questão dúbia em sua natureza. Afinal, como promover um estado de bem-estar social em um sistema que prima pela acumulação de riquezas em ordem privada? Conforme Esping-Andersen (1991, p. 85) já apontou, o relacionamento entre capitalismo e bem-estar social preocupava os economistas políticos clássicos, independente se sua convicção fosse liberal, conservadora ou marxista.

Apartir da Segunda Guerra Mundial, com os movimentos do trabalho organizado e de igualdade e cidadania, houve uma institucionalização do estado de bem-estar.

“Para alguns, representou uma vitória decisiva para o braço político do movimento trabalhista. Para outros, foi um efeito colateral tecnológico, ao invés de político, do progresso industrial e econômico, o ato final no processo de civilizar as forças brutas da industrialização” [tradução livre do autor] (PIERSON, 1998, p. 2).

Diante desse cenário, a dualidade parece ser inerente à própria constituição do *welfare state*. O provimento do estado de bem-estar engloba três importantes elementos: o Estado, o mercado e as estruturas tradicionais. Embora intrinsecamente relacionado à orientação mercadológica e aspectos econômicos, é um fenômeno de caráter político. Isso porque opera com base em garantias e direitos. O primeiro sistema de proteção social estava pautado na questão da previdência.

“Princípios de seguridade [...] removeram o estigma de pauperismo do serviço social, reconciliaram as abordagens do ‘voluntário’ e do ‘compulsório’ para provisão e facilitaram a aprovação pública dos gastos do Estado, os quais, de outra maneira, teriam sido questionados” [tradução livre do autor] (BRIGGS, 2000, p. 28).

A política social não é constituída por uma matriz revolucionária, tendo em vista que atua na perspectiva de minimizar os efeitos perversos do modo de produção capitalista. “Os problemas sociais contemporâneos resultam quase que exclusivamente de falhas de funcionamento do mercado” (SANTOS, 1998, p. 34). Não se busca, sob essa perspectiva, uma mudança da ordem vigente, mas simplesmente uma regulação. Nenhuma das sociedades construiu estados de bem-estar com base em revoluções.

A perspectiva de análise de Asa Briggs tem ênfase na trajetória dos

sistemas de bem-estar. Assim, o contexto histórico é um importante modo de explicar como os Estados estão organizados. “O principal instrumento do *welfare* envolve um exame muito detalhado de um amplo conjunto de circunstâncias históricas” [tradução livre do autor] (BRIGGS, 2000, p. 20). Considerando o desenvolvimento dos estados de bem-estar social, podem ser destacadas três lógicas: a do direito vinculativo ao trabalho; a do direito universal; e a do direito por necessidade. “A escolha dos meios influencia toda a história do estado de bem-estar” [tradução livre do autor] (BRIGGS, 2000, p. 20). Nesse sentido, cada sistema de proteção demanda determinadas ações políticas e gera consequências específicas.

A partir dessa abordagem, é importante salientar que o *welfare state* não deriva exclusivamente da modernização, justamente pelo fato dessa teoria ser incapaz de dar conta das contingências históricas. Nesse caso, um ângulo multicausal, como propunha Weber, é apontado como sendo mais eficaz para se estudar o fenômeno da proteção social. Em razão das diferentes trajetórias e constituições dos estados de bem-estar, muitos pesquisadores tentaram classificar as experiências em modelos. Em um primeiro momento, adotou-se um modo de categorização bem simplório, que vai redundar na “distinção clássica de Richard Titmuss” (ESPING-ANDERSEN, 1991, p. 100): *welfare state* residuais e institucionais. Enquanto um é mais mercantilizado, o outro é mais estatal.

“No primeiro caso, o Estado só assume a responsabilidade quando a família ou o mercado são insuficientes. [...] O segundo modelo destina-se a toda a população, é universalista, e personifica um compromisso institucionalizado com o bem-estar social” (ESPING-ANDERSEN, 1991, p. 100).

Pode-se dizer que outras propostas de estabelecer modelos tomaram por base esta referência classificatória. Não há como negar a contribuição pedagógica desse modo de teorização, mas a discussão dos modelos não avança para a compreensão do complexo sistema de proteção social, uma vez que serve prioritariamente como metodologia de comparação entre sistemas. Ademais, toda classificação está baseada em tipos ideais, não há apenas formas puras de modelos, mas também híbridas.

A ideia de cidadania social inaugura um novo modo de pensar o *welfare state*; até porque a criação de direitos sociais fortalece o estado de bem-estar social. Para Esping-Andersen, é necessário especificar a dimensão deste conceito. Em sentido amplo, cidadania expressa o conjunto de direitos que um sujeito livre goza. Assim, está condicionado, sobretudo, à garantia dos direitos sociais. Mas o teórico postula uma outra dimensão, a da estratificação social. “O *status* de cidadão vai competir com a posição de classe das pessoas, e pode mesmo substituí-lo” (ESPING-ANDERSEN, 1991, p. 101). Este raciocínio é compatível com a proposição de Marshall: “a igualdade de *status* é mais importante que a igualdade de renda” (1967, p. 95).

O domínio dos direitos sociais para o *welfare state* serve de pano de fundo para uma discussão um tanto quanto complexa e que publicita um dilema em primeira instância. A combinação de justiça social e eficiência econômica de fato pode se constituir em uma ‘escolha trágica’ (SANTOS, 1998). A tensão que se manifesta entre o polo social e o mercadológico pode ser traduzido na dicotomia equilíbrio-equidade. É em função desse dilema que circulou entre as décadas de 80 e 90 a tese de que o estado de bem-estar estaria em crise, pois não seria possível conciliar equidade e eficiência. O *trade off* entre a equidade e a eficiência seria uma espécie de pêndulo, a partir do qual as decisões políticas devem operar para buscar o maior equilíbrio entre os dois extremos. Em condições ideais, quanto maior for o controle do Estado, maior será a equidade, visto que é ele o garantidor por excelência dos direitos fundamentais do cidadão. Por outro lado, economistas tendem a criticar a interferência do Estado, que resultaria em uma situação econômica menos eficiente. Portanto, por não haver um consenso e ser uma decisão que não é puramente racional, mas que conta com variáveis complexas, cada sistema político define suas estratégias.

Outro desafio que as políticas de proteção social têm de lidar está em consonância com a noção de efeitos adversos. Quando há o atendimento base por necessidade, especialmente no modelo liberal, cria-se o estigma. “Ao punir e estigmatizar seus usuários, promove dualismos sociais

e por isso é um alvo importante de ataques por parte dos movimentos de trabalhadores” (ESPING-ANDERSEN, 1991, p. 104). O *welfare* gera, com isso, uma estratificação social quando se modifica a estrutura social. “Toda escolha social é uma escolha trágica no sentido radical de que, mesmo decisões altamente benéficas reverberam, em algum lugar, metamorfoseadas em mal” (SANTOS, 1998, p. 37).

1. Caracterizando o estado de bem-estar social

A análise da realidade concreta das políticas sociais de um Estado ou a comparação entre sistemas de proteção social pressupõe a identificação dos marcos da proteção social, a partir da tipologia dos três principais modelos: assistência social, seguro social e estado de bem-estar social (FLEURY, 2012). A concepção de política social de um dado país relaciona-se à forma de proteção adotada. Os modelos variam em razão de elementos ideológicos, valorativos, organizativos e institucionais, cujos impactos na sociedade são percebidos pelas condições distintas na cidadania.

Originado de um contexto socioeconômico liberal, o modelo de assistência social ou residual caracteriza-se pela ausência de uma relação formal de direito a um benefício, sendo as ações assistenciais promovidas com um caráter emergencial e com um viés caritativo. Os indivíduos pobres assistidos pelo Estado o são justamente pela sua condição de não cidadãos.

Portanto, a cidadania é “invertida” (FLEURY, 1994), na medida em que são reconhecidos pelo Poder Público tão somente os indivíduos necessitados.

A segunda forma de proteção social deriva de um contexto baseado na estrutura produtiva, tendo como eixo central a cobertura da classe trabalhadora do mercado formal, condicionando a cidadania a uma relação de contrato de trabalho. Assim, uma massa de desvalidos fica à margem do sistema de proteção. Pautado no princípio da solidariedade, o seguro social conta com um esquema de financiamento de diversos setores do tecido social, com contribuições obrigatórias de empregadores, empregados e do Estado.

Por derradeiro, o modelo de seguridade social tem como alicerces os princípios da justiça social e da equidade. Os benefícios sociais não se subordinam a caridade ou contribuição, mas são reconhecidos como direitos sociais, nascendo o conceito de cidadania universal. A ordem social é edificada a partir de direitos sociais universais, a exemplo da saúde, educação, aposentadoria e seguro-desemprego. O Estado assume o papel de devedor social, cuja obrigação é garantir um padrão mínimo de benefícios a todos os cidadãos, como medida para diminuir as desigualdades sociais e promover o bem-estar social. Também chamado de institucional, nesse modelo

“os recursos do sistema são repartidos na medida em que as despesas são cobertas com recursos arrecadados

periodicamente (...) gera um compromisso entre gerações, em que adultos atuais pagam os benefícios da geração de seus pais e criam uma dívida para a geração de seus filhos” (FLEURY, 2012, p. 34).

1.1. *Portugal: o estigma de ‘centro-periferia’*

A trajetória do Estado de Portugal revela muitos desníveis e incongruências. Isso se deve ao fato de o país estar em um contexto de expressivo desenvolvimento econômico – Europa –, mas apresentar um processo lento e tardio. Portugal vive o estigma da periferia do centro, ou semiperiferia. Boaventura de Souza Santos já relatava no século passado a ambiguidade vivida por essa nação:

“a sociedade portuguesa surge como uma entidade ‘anômala’ como uma *differentia specifica* cujo *genus proximus* se desconhece [...] Portugal não pertence a nenhum desses mundos e que, se alguns indicadores o aproximam do primeiro mundo, outros aproximam-no do terceiro” (1985, p. 869).

E essa condição ainda constitui a sociedade portuguesa, sobretudo a partir de sua adesão à União Europeia. “O discurso e a prática políticas que Boaventura de Sousa Santos designou por ‘imaginação-do-centro’ tem marcado uma espécie de definição oficial do ‘modo português de ser periférico’” (NUNES, 2002, p. 195). O caso português, portanto, não é simplesmente um reflexo do modelo social europeu.

“Em Portugal, as formas de Estado-Providência, nomeadamente por força do seu desenvolvimento tardio, desenvolveram um modelo particular e um conjunto de especificidades que, de certo modo, o diferenciam da maioria dos restantes países europeus” (RODRIGUES, 2010, p. 202).

O marco das políticas sociais de Portugal é relativamente recente (1974), especialmente para um país da Europa, mas algumas iniciativas anteriores foram importantes para a constituição do estado de bem-estar.

“O primeiro passo institucional para a criação de uma estrutura de assistência pública em Portugal foi dado em 1835, com a criação do Conselho Geral de Beneficência que visava extinguir a mendicidade” (RODRIGUES, 2010, p. 203).

Seis anos mais tarde, há uma direção institucional de criação da Repartição de Beneficência e do Conselho Superior de Beneficência Pública, com funções consultivas. A Constituição de 1911 estabelece um conjunto de direitos para o cidadão, mas ainda sob uma perspectiva restrita. A partir disso, foi criado em 1916 o Ministério do Trabalho e da Previdência Social e em 1919, o Instituto de Segurança Social.

“Porém, o alcance das medidas tomadas nos primeiros tempos da República revelou-se insuficiente e sem efeitos sociais significativos, dado o contexto de grande turbulência política e de enorme fragilização socioeconômica” (RODRIGUES, 2010, p. 203).

A partir da Constituição de 1933 começa a se instituir uma proteção mais significativa. A inspiração alemã contribuiu para a consolidação de um novo formato de seguro social obrigatório. Mas foi só a partir da Revolução de Abril de 1974, também conhecida como Revolução dos Cravos, que se assiste a uma ampliação da proteção aos não trabalhadores, financiada pelo Estado: “a legalidade democrática e a institucionalização efetiva de direitos constitucionais urgem com a ruptura política e social resultante de 1974” (MOZZICAFFREDO, 1992, p. 57). Além desse passo para uma dimensão universalista, houve também uma preocupação em melhorar os valores e coberturas das prestações sociais.

Caracterizar o estado de bem-estar cumpre um fim didático relevante. Mais do que buscar uma categorização muito precisa, busca-se nesse momento compreender os percursos da proteção social institucionalizada em Portugal. Antes de mais nada, pode-se entender, a partir de sua perspectiva histórica, o modelo protecionista português como sendo dualista:

“a uma sobreproteção de certos núcleos da força de trabalho (aqueles que são melhor pagos e têm uma relação salarial estabilizada) contrapõem-se níveis rudimentares de proteção social a algumas camadas da população” (RODRIGUES, 2010, p. 202).

A particularidade portuguesa, cuja institucionalização da proteção social se dá de modo tardio e em um contexto de menor prosperidade

econômica, é também fruto da postura até certo ponto incipiente do Estado, que nem sempre esteve apto a dar respostas às demandas sociais que iam surgindo. Porém, é válido enfatizar que

“a menor visibilidade, analítica e política, das características do Estado-Providência em Portugal não indica necessariamente a não existência dessa forma política e social do Estado de direito” (MOZZICAFREDO, 1992, p. 59).

Com efeito, entre 1974 e 1980,

“encontramos em Portugal uma intervenção do Estado de tipo social-democrata, baseado no regime de proteção social universal, ou seja, baseado no pressuposto de que toda a população é coberta pelo regime contributivo, pelo regime não contributivo ou pela ação social” (RODRIGUES, 2010, p. 207).

A partir dos anos 90, ocorre um rearranjo nas ações políticas de proteção social, a partir da introdução de

“novas modalidades de funcionamento do Estado-Providência, diferenciando os apoios em função das necessidades dos beneficiários, regendo-se por uma contenção das despesas públicas e incrementando a participação ativa de muitos dos que tenderiam a reduzir-se à condição de ‘assistidos’” (RODRIGUES, 2010, p. 213).

Assim, houve nas últimas décadas um movimento de transição entre um modelo mais universalista e uma tendência mais instrumental e seletiva.

2.2. *Brasil: um modelo híbrido*

A proteção social brasileira foi aprimorada pela Constituição da República Federativa do Brasil promulgada em 1988, sobretudo em razão das inovações na disciplina normativa da Ordem Social (BRASIL, 1988, Título VIII). Adota-se o modelo de seguridade social, explicitando um “novo pacto social a se construir, fundado na solidariedade, na qual estaria incluído o indivíduo em situação de risco social” (Ipea, 2010, p. 61). O artigo 194 da “Constituição Cidadã” estabelece um marco para a proteção social no Brasil, expandindo-a sobremaneira com a seguinte definição:

“seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

Esse sistema de proteção é ancorado em múltiplos princípios: universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação no custeio;

diversidade da base de financiamento; caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (BRASIL, 1988, parágrafo único do art. 194).

Como bem assinala Kerstenetzky (2012), a expansão tardia do sistema de proteção social brasileiro coincide, em grande medida, com a trajetória de diversos países na América Latina nos anos 1990 e 2000, apesar das profundas dessemelhanças entre os países da região no tocante a recursos, prioridades políticas e promoção de bem-estar. A autora sublinha que são poucas as afinidades entre eles,

“entre as quais se incluem os elevados níveis de desigualdade, os baixos patamares proporcionais de gasto social e carga tributária e o passado (quase) comum de colonização ibérica” (2012, p. 164).

O estado de bem-estar brasileiro

“se situaria na região como moderadamente redistributivo, se comparado com os mais bem posicionados estados sociais argentino, mexicano e peruano, e o menos bem posicionado boliviano. Todos os países analisados, não obstante, ainda estão muito aquém dos resultados obtidos pelos países desenvolvidos da OCDE” (KERSTENETZKY, 2012, p. 246).

Draibe (1993) ressalta alguns movimentos do *welfare* brasileiro nas últimas décadas, os quais impulsionam transformações e expressam

perspectivas do estado de bem-estar: organização político-administrativa com eixo central na descentralização, o que impõe um reordenamento das políticas sociais, dado o forte o papel político atribuído aos municípios; incremento da sociabilidade das políticas, com a participação dos clientes nas políticas sociais em todas as fases do processo; realinhamento nas relações da sociedade com o Estado e a economia, verificando-se uma maior “solidariedade social” nos sistemas de produção e distribuição de bens e serviços sociais, por exemplo, o envolvimento dos indivíduos em associações e em organizações não governamentais – ONGs, o fornecimento de tickets-refeição, vale-transporte, e os auxílios concedidos pelo Estado, em dinheiro, para as famílias, garantindo aos cidadãos uma renda mínima. Pode-se acrescentar a essa gama de transformações, notadamente na era Lula, a

“aceleração do crescimento baseada em boa medida na expansão das políticas e dos gastos sociais, especialmente as transferências governamentais e a valorização do salário-mínimo, com resultados inéditos em termos de redução consistente da pobreza e da desigualdade” (KERSTENETZKY, 2012, p. 231-232).

Com efeito, após 25 anos da promulgação da “Constituição Cidadã”, o Brasil experimenta os impactos positivos da política social e dos novos rumos tomados, prosseguindo em direção à universalização dos direitos sociais de cidadania, visando a corrigir os ainda elevados níveis de desigualdade social.

1. Política social em saúde

A reflexão sobre as políticas sociais perpassa pela análise da interdependência entre Estado, política, economia e sociedade. No contexto das sociedades complexas, demarcadas pela heterogeneidade e diferentes interesses, é crucial o papel do Estado para equacionar os problemas coletivos, mediante a ação concreta de políticas de proteção social. O enfrentamento dos problemas sociais, especialmente da desigualdade socioeconômica e da pobreza, se verifica por meio do intervencionismo público realizado pela maior “invenção política” (KERSTENETZKY, 2012) de todos os tempos: o estado de bem-estar social. O *welfare state* opera buscando neutralizar os efeitos perversos da modernização, assim, reconhece direitos sociais de cidadania e delineia um conjunto de ações públicas intervencionistas para a provisão de certos bens e serviços sociais com a finalidade de produzir bem-estar social.

Apesar da carência de um conceito preciso entre os teóricos (SANTOS, 1998), adota-se a concepção de política social que está enlaçada à de cidadania, preconizada na Inglaterra do pós-Segunda Guerra Mundial. O modelo inglês estabeleceu as bases de um modo de intervenção pública enraizada na perspectiva universalista de bem-estar social e demarcou um padrão de mínimo vital para todos, que incluía a assistência social,

a previdência e a saúde pública. Conforme a proposição de Theodor H. Marshall (1967), os direitos sociais, assentados no princípio igualitário, incorporam-se ao *status* de cidadania na medida em que cada cidadão tem acesso aos mesmos bens e serviços sociais que os demais. O cientista social denominou o sistema inglês de “modelo do *status*”.

“A cidadania é um status concedido àqueles que são membros integrais de uma comunidade. Todos aqueles que possuem o status são iguais com respeito aos direitos e obrigações pertinentes ao status” (1967, p. 76).

Assim, a partir de uma pauta de direitos e deveres, o Estado assume o ônus de desenvolver um sistema de proteção social, dentro do qual as políticas sociais constituem todas as ações, programas, processos e medidas

“necessários ao reconhecimento, implementação, exercício e gozo dos direitos sociais reconhecidos em uma dada sociedade como incluídos na condição de cidadania” (TEIXEIRA, 1985, p. 1).

Neste contexto, insere-se a saúde:

“ao considerar a política de saúde como uma política social, uma das consequências imediatas é assumir que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania” (FLEURY; OUVRENEY, p. 25, 2013).

A ampliação dos serviços sociais com o escopo de universalização do acesso público depende de mudanças estruturais nas políticas sociais, em

termos de provisão pública, modelos gerenciais e incremento de políticas destinadas a ampliar a extensão da cobertura e a proteção. Além disso, a construção de políticas sociais exige o conhecimento das realidades setoriais e envolve estratégias, instrumentos e mediações que promovam a articulação dos diversos grupos de interesses, a exemplo da relação entre gestores, atores políticos e empresas, de modo a minimizar os obstáculos para a materialização dos direitos sociais. As instituições políticas de cada país é que “estabelecem diferentes regras do jogo para políticos e para grupos de interesse, buscando aprovar ou bloquear planos de ação” (IMMERGUT, 1996, p. 140). O estudo do processo dinâmico de uma política pública deve considerar os graus de *governance* e governabilidade do Estado. O termo *governance* é empregado para denotar o modelo de governo “no qual há maior cooperação entre Estado e atores não estatais no interior de redes de decisão mista entre público e privado. Portanto, *governance* é vista como direção e condução política” (TAPIA, 2006, p. 15). O conceito de governabilidade ou capacidade governativa refere-se ao processo de produção das *policies* e seu impacto econômico-social. Trata-se da

“capacidade de um sistema político de produzir políticas públicas que resolvam os problemas da sociedade, [...] de converter o potencial político de um dado conjunto de instituições e práticas políticas em capacidade de definir, implementar e sustentar políticas” (TAPIA, 2006, p. 15).

Assim, todos esses aspectos da dinâmica de construção e implantação de uma política social devem ser observados também quando se trata da política de saúde, visto que esta se encontra na interseção entre Estado, sociedade e mercado. Sônia Fleury (2013, p. 37-55) sintetiza alguns aspectos essenciais a serem considerados no processo dinâmico da política de saúde:

- 1) definir os objetivos da política e dos valores que devem orientá-la, guiar as ações públicas e a forma de alocações de recursos;
- 2) conhecer os problemas setoriais (diagnóstico da realidade) e construir estratégias, instrumentos e ações orientadas para o cumprimento de metas específicas para cada campo de atuação da política, considerando suas fronteiras com a economia, a política e a cultura;
- 3) a política pode produzir simultaneamente efeitos políticos e econômicos nas relações sociais;
- 4) compreender as relações de poder que circundam a política de saúde e construir arenas, canais e rotinas do processo decisório para organizar a ação pública;
- 5) assimilar, contrapor ou compatibilizar projetos sociais dos múltiplos atores sociais e políticos;
- 6) desenvolver e transformar marcos reguladores, compostos por referenciais valorativos, políticos, organizacionais e econômicos, que disciplinem ou delimitem a ação dos atores e estabeleçam elos entre a política de saúde e o sistema de proteção social;
- 7) as práticas de uma política de saúde devem ser construídas a partir de referenciais éticos e valorativos da sociedade, tais como a justiça social e a isonomia, impulsionando uma ressignificação das

relações sociais e, consequentemente, dos padrões sociais e culturais vigentes.

Ainda que o conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS) possa ser alvo de críticas, ele teve implicações que impactam as ações políticas e sociais relacionadas ao campo. A superação da ideia de saúde como ausência de doença deu margem para que novas concepções fossem formadas. Para a OMS, saúde significa “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (OMS, 1946). Com isso, ressalta-se o valor coletivo e não meramente individual. Os críticos desse conceito alegam que este deixa escapar uma visão utópica e idealizada da saúde, o que poderia constituir um fim inatingível.

Outra definição muito citada foi elaborada pela própria OMS, mais especificamente pelo Escritório Regional Europeu:

“A medida em que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela; abranger os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, é um conceito positivo” (OMS, 2002).

Essa positivação da essência de saúde vai ao encontro de uma dimensão funcional, muito valorizada pelos profissionais de saúde pública.

2. **As fronteiras entre o financiamento público e privado no Brasil e em Portugal**

Estudar políticas públicas pode ser considerado um desafio, pois sua complexidade inerente requer o uso de instrumentos e aparatos metodológicos específicos. Para fins analíticos e pedagógicos, muitos estudiosos do campo tratam as políticas como um ciclo, que se constitui de determinados estágios e subsistemas. Com isso, é possível compreender as fases e processos, ainda que nem sempre seja simples estabelecer o limítrofe. No livro *Política pública: seus ciclos e subsistemas* (HOWLETT, RAMESH e PERL; 2013), os autores delimitam cinco estágios do ciclo político-administrativo: (I) montagem da agenda; (II) formulação de políticas; (III) tomada de decisão política; (IV) implementação de políticas; (V) avaliação de políticas. Um elemento preponderante da formulação de uma política é a questão do financiamento, aliás condição *sine qua non* para que uma política seja implantada. Promover políticas tem um custo. Assim, as fontes de financiamento são variáveis restritivas, que podem inclusive mudar os rumos de uma dada ação política.

A preocupação com os gastos públicos faz parte de qualquer governo e não importa se seja sob uma perspectiva mais ou menos intervencionista. Como já dito, o estado de bem-estar vive o dilema do *trade off*, na difícil tarefa de equilibrar equidade e eficiência. Identificar as diferentes fontes de financiamento e como elas se articulam é crucial para compreender o peso

que as políticas têm para o sistema de proteção social. No caso desse artigo, o foco é nas políticas de saúde.

4.1. Domínios público e privado

Ao se pensar nas fontes de financiamento, emerge invariavelmente uma tensão entre os domínios público e privado. Isso porque nas nações em desenvolvimento é cada vez mais recorrente e necessária a articulação entre os recursos públicos e privados. Muitas políticas públicas, inclusive, já consideram no seu escopo a mobilização de recursos de ambos os domínios. Para promover bem-estar social a uma população é preciso realizar uma matemática, que muitas vezes vai além do que os cofres públicos podem arcar.

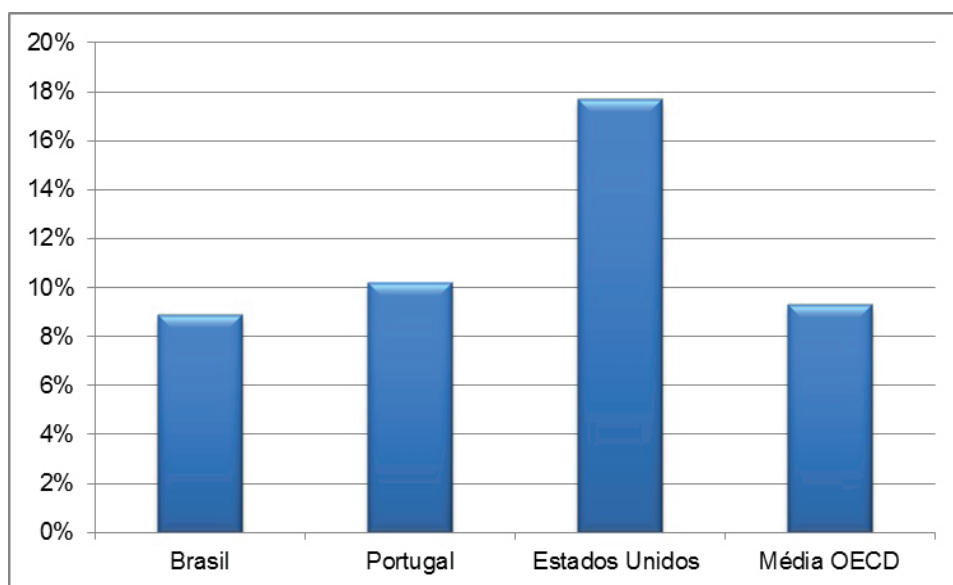
No Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde, por exemplo, que representou um marco para a promoção da saúde no país, permite que sejam estabelecidas parcerias com o sistema privado. É válido ressaltar que as articulações entre o público e o privado podem ser contraditórias. Portanto, nas fronteiras entre o público e privado, há um choque de tensões que repercutem na qualidade dos serviços prestados.

4.2. Indicadores de gastos em saúde

Para o levantamento dos dados, foi escolhida a base de dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e a da Organização para a Cooperação

e Desenvolvimento Econômico (OCDE)¹, tanto por sua abrangência quanto por seu potencial de estabelecer parâmetro comparativo. Inicia-se a análise a partir do indicador utilizado para verificar o percentual de gastos públicos com a saúde em relação à riqueza da nação, ou seja, o Produto Interno Bruto (PIB) (Gráfico 1). No Brasil, em 2011, os gastos totais com saúde correspondiam a 8,9% do PIB, um pouco abaixo da média de 9,3% dos países que compõem a OCDE. Em Portugal, no mesmo ano, esses gastos foram ainda maiores que a média da Organização, atingindo um percentual de 10,2% do PIB. O país que mais gasta com saúde é os Estados Unidos, sendo 17,7% do seu PIB destinado à saúde.

Gráfico 1 – Percentual de gastos com saúde em relação ao PIB em 2011

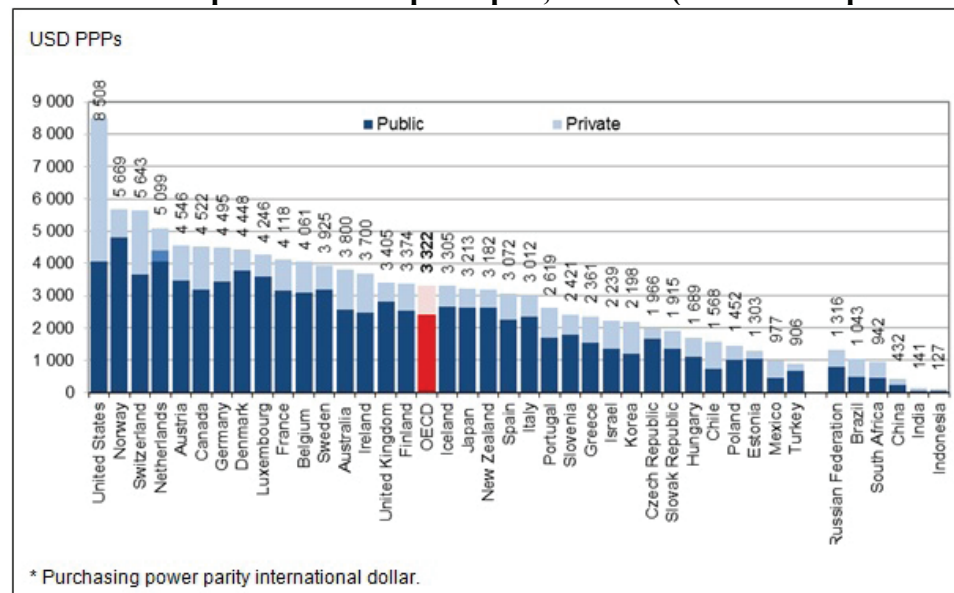


¹ Os autores optaram por utilizar a sigla conforme a tradução para a Língua Portuguesa.

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da OECD.

O percentual de gastos diretos com saúde em relação à riqueza de um país demonstra todo o montante despendido não somente pelo governo, mas também pelas famílias e empresas. Assim, embora os Estados Unidos seja o país com maior volume de gastos em termos percentuais do PIB (Gráfico 1), a maior parte desses gastos é financiada pelo sistema privado (Gráfico 2), por empresas e por desembolso das famílias, por exemplo, em medicamentos e planos de saúde.

Gráfico 2 – Despesas de saúde per capita, em 2011 (ou ano mais próximo)



Fonte: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; WHO Global Health Expenditure Database.

O relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), *Salud en las Américas* (2012),² ressalta que este percentual é, em geral, relacionado aos indicadores do estado da saúde de um país, tais como a expectativa de vida, a taxa de mortalidade materna e infantil, sendo muitas vezes usados para avaliar a eficiência da alocação de recursos. No entanto, esses dados não refletem a realidade da saúde nacional. Apesar de a despesa total de saúde nos Estados Unidos como uma percentagem do PIB ser quase o dobro dos países europeus, isso não implica que a saúde nos EUA seja melhor em termos qualitativos que a de Portugal.

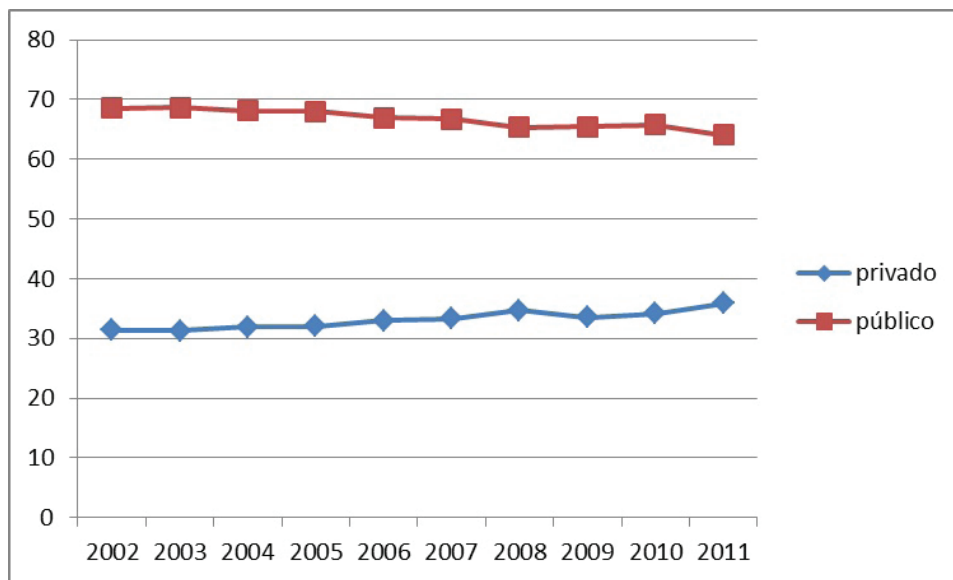
Ao estabelecer esse comparativo em termos de valor absoluto, as diferenças são ainda maiores. Em 2011, enquanto Portugal gastou no total US\$ 2619, per capita, o Brasil ficou na casa dos US\$ 1043. A média dos países da OCDE, nesse caso, é maior do que Portugal e quase o triplo do Brasil, atingindo US\$ 3322. Os Estados Unidos permanecem no topo, com US\$ 8508, per capita. Os dados indicam que o gasto em saúde dos EUA equivale a duas vezes e meia a média de todos os países da OCDE e é 50% maior do que a Noruega e a Suíça, países com os mais elevados gastos em saúde da Europa.

² Trata-se do relatório oficial apresentado na Oficina Sanitária Panamericana da 28ª Conferência Sanitária Panamericana sobre a situação da saúde e seus determinantes e tendências na Região das Américas durante o período 2006-2010. Disponível em: <http://www.paho.org/saludenlasamericas/>.

Com relação à diferença entre as fontes do gasto, se pública ou privada, destaca-se que o gasto público do Brasil não representa nem a metade do de Portugal. O detalhamento dos valores será feito a partir da análise da tabela 1. E a despesa de Portugal, por sua vez, não representa a metade dos Estados Unidos. É válido frisar que o gasto público em saúde na nação norte-americana ainda supera a grande maioria dos países da OCDE, inclusive as maiores economias europeias, França, Alemanha e Reino Unido.

Todavia, faz-se necessário ressaltar que essa análise fundada no gasto per capita, de igual modo, não evidencia a heterogeneidade dos sistemas de saúde objeto de comparação. Para melhor compreender a evolução dos gastos públicos e privados de Brasil e Portugal, será traçada uma distribuição das fontes de financiamento de 2002 a 2011. Em Portugal, observa-se, a partir do Gráfico 3, um suave declínio nos gastos públicos em saúde, sobretudo de 2010 a 2011, período demarcado pelo agravamento da crise econômica. Concomitantemente, nota-se um crescimento contínuo nos gastos privados no país. Ainda assim, os gastos públicos são mais expressivos que os gastos privados.

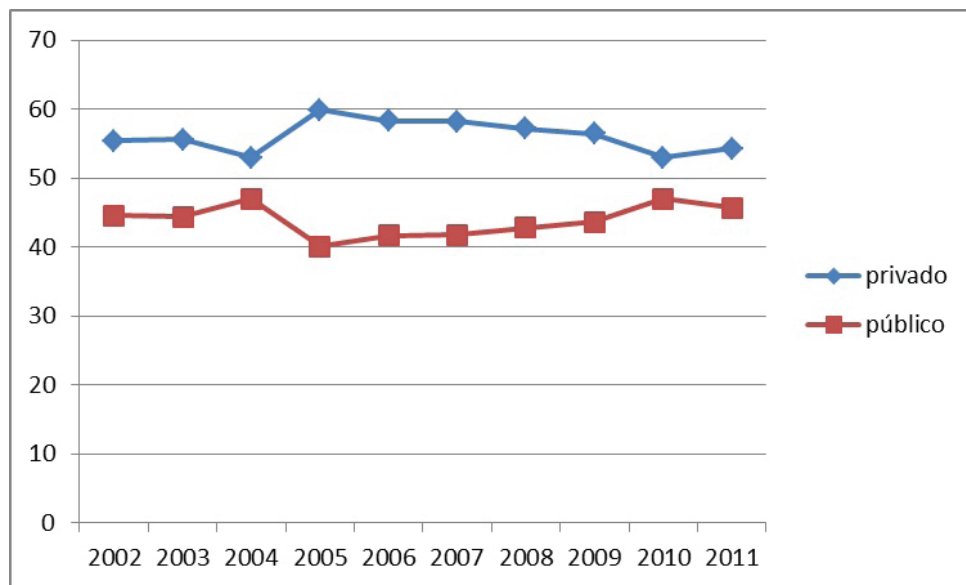
Gráfico 3 – Gastos público e privado em saúde em Portugal



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da OECD.

No caso do Brasil, a situação se inverte. O gasto privado é superior ao gasto público, apesar da previsão constitucional da universalização do sistema público de saúde, desde a constituição de 1988. A partir de 2005, enquanto há um declínio nos gastos privados, os gastos públicos apresentam um gradativo aumento, diferença expressa em mais de cinco pontos percentuais para ambas as fontes de financiamento. De 2010 em diante, o sentido se altera, visto que o gasto público decresce e o privado aumenta.

Gráfico 4 – Gastos público e privado em saúde no Brasil em percentual



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da OECD.

Dois momentos valem ser destacados a partir do Gráfico 4. Em 2005, a diferença entre os gastos públicos e os gastos privados é de quase 20 pontos percentuais. Em 2010, por outro lado, é o extremo onde os gastos mais se aproximam, com uma diferença de apenas seis pontos percentuais, como acontece em 2004. É justamente no período pós-2004 que há um incentivo maior às políticas de proteção social no país. “Alguns importantes programas introduzidos na administração Cardoso foram aprofundados na gestão Lula” (KERSTENETZKY, 2012, p. 244).

Comparando Brasil e Portugal, em 2011, a diferença tanto para os gastos privados quanto para os gastos públicos é de quase 20 pontos percentuais. O gasto público de Portugal é maior que o do Brasil, ao passo que o gasto privado do Brasil é maior que o de Portugal, em termos percentuais (Tabela 1).

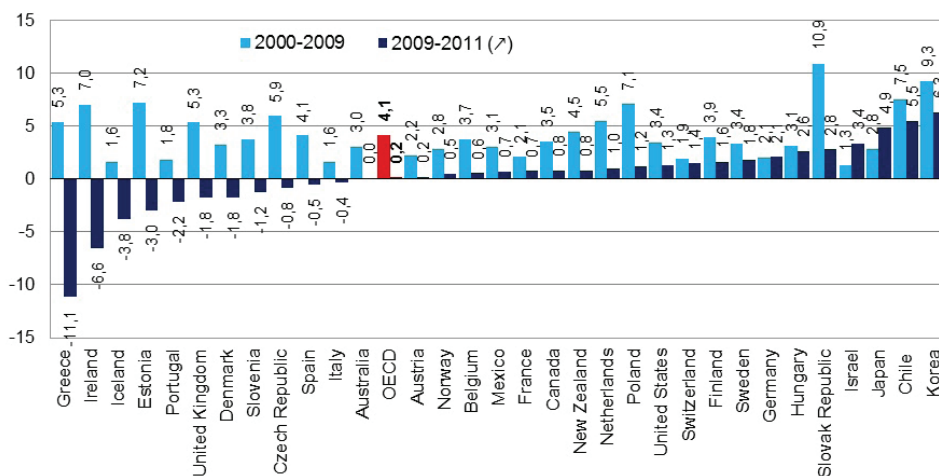
Tabela 1 – Gastos público e privado em saúde em percentual do gasto total em saúde

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Gasto	Portugal	31,4	31,3	31,9	32	33	33,3	34,7	33,5	34,2	35,9
privado	Brasil	55,4	55,6	53	59,9	58,3	58,2	57,2	56,4	53	54,3
Gasto	Portugal	68,6	68,7	68,1	68	67	66,7	65,3	65,5	65,8	64,1
público	Brasil	44,6	44,4	47	40,1	41,7	41,8	42,8	43,6	47	45,7

Fonte: Elaboração própria com base em dados da OMS.

Como forma de explicar o declive das despesas em saúde em Portugal, apresenta-se o Gráfico 5, que indica a taxa anual média de crescimento dos gastos em saúde per capita nos países da OCDE a partir de dois períodos: antes e após a crise de 2009. A Grande Recessão, como foi intitulado o período por especialistas econômicos, representou “rápida deterioração na produção econômica para a área da OCDE como um todo” (OCDE, 2014, p. 17).

Gráfico 5 – Taxa anual média de crescimento das despesas de saúde per capita, em termos reais de 2000 a 2011 (ou ano mais próximo)



Fonte: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; WHO Global Health Expenditure Database.

Portugal está entre os países europeus mais atingidos pela crise econômica, que apresentaram uma taxa negativa de crescimento de despesas totais em saúde, entre 2009 e 2011. A Grécia, por exemplo, foi o país que teve o quadro mais dramático de desaceleração econômica, atingindo expressivamente a área da saúde, com uma queda de 11% em 2010 e 2011 nos gastos per capita, o que significou uma diferença de 16 pontos percentuais em relação ao período de 2000 a 2009. Nota-se que Portugal apresentou uma diferença entre suas taxas de investimento per capita em saúde em 100%, enquanto crescia em 1,8 de 2000 a 2009, após a crise, observa-se um corte drástico nos gastos, com uma taxa de -2,2.

Conclusão

Brasil e Portugal confluem na necessidade de colocar a saúde pública como questão central na agenda política. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 consagrou a saúde como direito social de cidadania e definiu as linhas-mestras para a construção da política de saúde no país, a qual deve ser orientada a reduzir o risco de doenças e outros agravos e a assegurar o acesso universal, igualitário e gratuito às ações e aos serviços de saúde. Na conjuntura atual do país, a demanda por uma melhoria substancial dos serviços de saúde pública constitui prioridade entre os brasileiros. Conforme dados do Sistema de Indicadores de Percepção Social (Sips) – Nossos Brasis: prioridades da população³ - divulgado em 2013 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), dos 3.810 entrevistados, 87,64% assinalaram a melhoria na prestação dos serviços de saúde como a questão social mais urgente no Brasil.

Em Portugal, a saúde pública ganha corpo a partir da década de 70 do século XX. “Em 1971, é reorganizado o Ministério da Saúde e Assistência, que consagrava o direito à saúde, bem como o investimento prioritário em centros de saúde” (RODRIGUES, 2010, p. 204). A Revolução de 1974 é a impulsionadora da criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que passa a garantir a gratuidade e universalidade do atendimento. De acordo com o relatório da primavera de

³ Trata-se de pesquisa domiciliar, realizada em agosto de 2013, em mais de 210 cidades brasileiras, cujo objeto foi replicar as perguntas formuladas pela pesquisa organizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), a Meu Mundo (*My World*). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/131212_nossos_brasis.pdf>. Acesso em: 27/02/2014.

2002, do observatório português dos sistemas de saúde, a partir de 1985, a agenda da política social de saúde começa a mudar a fronteira entre público e privado, favorecendo o setor privado. O índice eurobarômetro⁴, que mede a satisfação do serviço de proteção social, aponta que Portugal possui uma taxa negativa (-2) quanto à provisão do cuidado em saúde.

Diante desse quadro, nota-se que

“Brasil e Portugal vão garantir a universalidade da saúde em momentos diferentes, mas ambos no processo de redemocratização vivenciado pelos dois países e contida nas Constituições aprovadas pelo Estado democrático e de direito” (BRAVO, 2010, p. 206).

Nas duas nações, a proteção social, especificamente relacionada às políticas de saúde, é marcada por estratégias contraditórias. Como assinala Celia Kerstenetzky (2012, p. 243), apesar de o dispêndio público estar crescendo absoluta e relativamente, o SUS revela-se muito dependente de fontes privadas, inclusive em alguns segmentos a dependência é total. Ao se analisar os indicadores de Portugal, por sua vez, percebe-se que a diferença entre os gastos públicos e privados no país se manteve estável até 2008. A partir de então, enquanto o financiamento privado em saúde aumenta, o público sofre uma desaceleração. Nesse sentido, ao se contrastar a participação do gasto público do Brasil com a de Portugal, verifica-se um subfinanciamento do Estado

⁴ OECD Social Expenditures Database (SOCX); OECD Employment Outlook 2013; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Brazil; Asian Development Bank (ADB-SPI); World Health Organisation (WHO); European Commission (2012), http://ec.europa.eu/public_opinion/index_en.htm.

brasileiro no campo da saúde. Ainda que os portugueses avaliem negativamente o sistema de saúde, o gasto público em saúde per capita é, ao menos, duas vezes maior que o do Brasil. O contexto da crise econômica tem impacto direto no bem-estar social. O corte acentuado nos gastos de saúde per capita entre 2009 e 2011 em Portugal implicou no índice negativo quanto à satisfação do sistema de saúde. Mas é válido ressaltar que a Grande Recessão teve ressonância em países de todo o mundo.

A finalidade das políticas sociais é a proteção das famílias em contextos socioeconômicos adversos. Todavia, o que se observa, em uma situação de crise, é uma redução dos gastos públicos na saúde. Tendo em vista que a política de saúde se articula com outras políticas sociais, reduzir o investimento nessa área apresenta um risco social, que pode agravar a situação econômica da população mais afetada pela crise. Considerando que “as políticas sociais deveriam também ser vistas como áreas produtivas” (FLEURY; OUVÉRY, 2013, p. 43), só será possível atingir o equilíbrio entre eficiência e equidade quando os governos compreenderem a política de saúde como iniciativas de investimento social. Portanto, percebe-se que os Estados têm muito a avançar na direção do bem-estar social, sendo imperiosa uma estratégia de políticas sociais coordenadas para o desenvolvimento social e econômico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. São Paulo: Saraiva, 2013.

BRIGGS, Asa. The welfare state in historical perspective. In: PIERSON, Cristopher. *Welfare state: a reader*. Cambridge: Polity Press, 2000.

BRAVO, Maria Inês Souza. A saúde no Brasil e em Portugal na atualidade: o desafio de concretizar direitos. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 102, abr./jun. 2010, p. 205-221.

DRAIBE, S. O Welfare State no Brasil: características e perspectivas. *Caderno de Pesquisa*. n. 80. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, 1993.

ESPING-ANDERSEN, Costa. As três economias políticas do welfare state. *Lua Nova*, n. 24, São Paulo, set. 1991.

FLEURY, Sonia. *Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

FLEURY, Sonia; OUVENEY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

FLEURY, Sonia. Política social e democracia: reflexões sobre o legado da seguridade social. In: *Caderno de Saúde Pública*. R.J., 1(4):400-417, out/dez, 1985.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M.; PERL, Anthony. 1955. *Política pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora*. [tradução técnica Francisco G. Heidemann]. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

IMMERGUT, Ellen M.. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. In: *RBCS*. n. 30, 1996.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Perspectivas da política social no Brasil. Série eixos do Desenvolvimento Brasileiro*. Livro 8. Brasília: Ipea, 2010.

_____. Sistema de Indicadores de Percepção Social. *Nossos Brasis: prioridades da população*; Brasília: Ipea, 2013. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/131212_nossos_brasis.pdf>. Acesso em: 27/02/2014.

KERSTENETZKY, Celia Lessa. *O estado do bem-estar na idade da razão: a reinvenção do estado social no mundo contemporâneo*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

KERSTENETZKY, Celia Lessa. *Políticas sociais sob a perspectiva do Estado do Bem-Estar Social: desafios e oportunidades para o “catching up” social brasileiro*. Rio de Janeiro: BNDES, 2010.

MARSHALL, T. H. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

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

ONU, Organização das Nações Unidas. *My World*. Disponível em: <<http://www.myworld2015.org/?lang=pr&page=results>>. Acesso em: 27/02/2014.

OCDE, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. 2014. *The crisis and its afternoon: a stress test for societies and social policies*. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/soc_glance-2014-5-enp>. Acesso em: 17 fev. 2014.

MOZZICAFFREDO, Juan. O Estado-Providência em Portugal: estratégias contraditórias. *Sociologias: problemas e práticas*, n. 12, 1992, p. 57-89.

NUNES, João Arriscado. As dinâmicas da(s) ciência(s) no perímetro do centro: uma cultura científica de fronteira? *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 63, out. 2002, p. 189-198.

OMS, Organização Mundial da Saúde. *Constituição*. New York: OMS, 1946.

_____. *Informe mundial sobre violência e saúde*. Genebra: OMS, 2002.

PIERSON, Cristopher. *Beyond the welfare state?* 2 ed. Pensylvania: Pensylvania State University Press, 1998.

RODRIGUES, Eduardo Vitor. O Estado e as políticas sociais em Portugal. *Sociologia: Revista do Departamento de Sociologia da FLUP*, v. 20, Portugal, 2010, p. 191-230.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Estado e sociedade na semiperiferia do sistema mundial: o caso português. *Análise Social*, v. 21 (87-88-89), Portugal, 1985, p. 869-901.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. A trágica condição da política social. In: ABRANCHES, S. H.; SANTOS, W. G.; COIMBRA, M. A. *Política social e combate à pobreza*. 4 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

TAPIA, Jorge R. B. Políticas públicas, aprendizado social e direitos nas sociedades modernas: breves reflexões. In: *Teoria e Cultura*. v.1. n. 1. Jan/Jun, 2006.