

PEDRO LUIZ BARROS SILVA

ATENÇÃO À SAÚDE COMO POLÍTICA GOVERNAMENTAL

*Este exemplar corresponde
à redação final da tese de-
fendida por Pedro Luiz Bar-
ros Silva e aprovada pela
Comissão Julgadora.
Campinas, 31 de maio de 1984
Tudui Vallalobos*

Dissertação de Mestrado apresen-
tada ao Departamento de Ciências
Sociais do Instituto de Filoso-
fia e Ciências Humanas da Univer-
sidade Estadual de Campinas.

Maio de 1984

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

Para Ana, Pedro, Cida e Murilo,
os que vieram antes.

Para Gabriela, Melissa, Silvia,
Miguel e Teresa, a nova geração.

Í N D I C E

	PÁG
APRESENTAÇÃO.....	3
1 - A POLÍTICA SOCIAL EM ATENÇÃO À SAÚDE ATÉ OS ANOS 60: UMA SÍNTESE DA INTERVENÇÃO.....	9
1.1 - Introdução.....	10
1.2 - A Política de Atenção à Saúde da Revolução de 1930 ao Fim do Estado Novo.....	17
1.3 - Industrialização, Redemocratização e a Políti ca Social em Saúde: os Impasses do Período 1945/64.....	33
2 - A POLÍTICA DE SAÚDE PÓS-64: ÊNFASE MÉDICO-ASSISTEN CIAL PRIVATISTA COM GERÊNCIA ESTATAL.....	54
2.1 - O Período 1964/67: Estruturação de um Novo For mato de Intervenção.....	58
2.2 - O Período 1968/78: a Ênfase Médico-Assisten cial Privatista com Gerência Estatal em seu Apogeu.....	76
2.3 - O Início dos Anos Figueiredo: os (Des) Cami nhos da Integração dos Serviços Médico-Assis tenciais.....	112
3 - O DESEMPENHO DA POLÍTICA DE SAÚDE NOS ANOS 70: AS DI MENSOES ECONÔMICO-FINANCEIRAS E A DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS.....	136
3.1 - O Gasto Estatal.....	141
3.2 - As Formas de Financiamento.....	158
3.3 - Equipamentos e Recursos Humanos em Atenção à Saúde.....	180
3.4 - Serviços Prestados: Extensão e Natureza.....	188
3.5 - Política de Atenção à Saúde e Condições de Saú de: Considerações Finais.....	202

4 - O INÍCIO DOS ANOS 80: CRISE E TRANSFORMAÇÕES NA ÊNFA SE MÉDICO-ASSISTENCIAL PRIVATISTA DA INTERVENÇÃO ES TATAL EM SAÚDE.....	217
4.1 - A Crise da Previdência Social.....	221
4.2 - Algumas Tendências.....	238
5 - POLÍTICAS GOVERNAMENTAIS E PERFIS DE INTERVENÇÃO: RE FLEXÕES ACERCA DA ANÁLISE DA INTERVENÇÃO ESTATAL.....	248
5.1 - A Noção de Perfil de Intervenção.....	251
5.2 - O Perfil da Política de Saúde nos Anos 70 no Brasil.....	272
BIBLIOGRAFIA.....	290
ANEXO ESTATÍSTICO	298

APRESENTAÇÃO

Esta monografia é um dos resultados de um programa coletivo de trabalho desenvolvido, entre 1980 e 1983, no âmbito de três instituições — Fundação do Desenvolvimento Administrativo - FUNDAP, Departamento de Economia e Planejamento Econômico - DEPE da UNICAMP e Centro Brasileiro de Análise e Planejamento - CEBRAP —, que visava contribuir para explicar a natureza, o alcance, os limites e as alternativas da intervenção governamental nas questões sociais no Brasil contemporâneo.

A origem deste trabalho específico foi a pesquisa "Política Social em Saúde (1975-1980): Avaliação e Alternativas", realizada no DEPE, em convênio com a Financiadora de Estudos e Projetos - FINEP, coordenada por José Carlos de Souza Braga e por mim e realizada no período de 1980 a 1982. O seu principal objetivo é compreender a natureza, o alcance e os limites da intervenção estatal em Atenção à Saúde no Brasil nos anos 70. Procura também analisar que alternativas de ação prenunciam o curso dessa política governamental setorial nos anos 80.

As hipóteses gerais que nortearam sua realização foram:

- a) ocorre, ao final da década dos 60, uma transformação política, econômica e administrativa na forma de intervenção estatal, que altera substancialmente o panorama das políticas sociais governamentais. A natureza da transformação efetuada, se de um lado capacitaria os órgãos estatais setoriais a realizarem uma intervenção mais ampla e abrangente, de outro limitava a capacidade de organização e pressão das classes populares na defesa de seus interesses, franqueando o acesso ao processo de definição de prioridades e programas quase que exclusivamente aos interesses de dois segmentos sociais: burocratas e empresários produtores de bens e serviços em Atenção à Saúde. Tal dinâmica permitiria a estruturação de formas de convivência entre esses grupos de interesse que, respeitando as exigências derivadas do uso político dessa intervenção - materializada nas diretrizes governamentais de ampliação dos serviços e da clientela - e das relações dessa política social com a política econômica - materializada na diretriz de auto-sustentação financeira dos programas - aca

bariam por moldar um perfil de política, beneficiando os segmentos burocráticos ligados à Previdência Social; do ponto de vista da gestão e controle real da política nacional de saúde, e o complexo médico-empresarial contratado pelo INPS/INAMPS para a prestação dos serviços médicos.

- b) Tal perfil de política de Atenção à Saúde, aqui denominado "médico-assistencial privatista com gerência estatal", levaria a um dispêndio real de recursos, simultaneamente volumoso e de baixo impacto nas condições de saúde da população, mesmo em relação a problemas perfeitamente equacionáveis no âmbito de ação dessa política setorial. Esse perfil se caracterizaria pela centralização dos gastos a nível federal e no interior do Complexo Previdenciário, ênfase médico-hospitalar, predomínio do setor privado na produção dos serviços, separação de redes de atendimento etc.
- c) Tal perfil de política de Atenção à Saúde estaria "esgotado" no início dos anos 80, dada principalmente a restrição imposta pela virtual "falência" de seu principal mecanismo de financiamento - o Complexo Previdenciário -, no bojo de uma crise política, envolvendo profissionais do setor, organizações públicas e privadas, partidos políticos etc., visando à consolidação de uma outra correlação de forças que permitisse a emergência de um novo "modelo" de organização dos serviços: redes descentralizadas integradas, hierarquizadas e regionalizadas de prestação de serviços com ênfase no atendimento a nível primário, e na ação do setor público.

No primeiro Capítulo é realizada uma síntese do movimento histórico da intervenção estatal em Atenção à Saúde no Brasil até meados dos anos 60. Trata-se de uma revisão dos principais estudos existentes acerca dessa problemática. Sua finalidade é traçar as grandes linhas que caracterizam a natureza das ações governamentais em Atenção à Saúde e os dilemas políticos, econômicos e sociais enfrentados nesse processo.

No segundo e terceiro Capítulos, procura-se analisar os determinantes e o conteúdo da transformação do formato da intervenção estatal em Atenção à Saúde ocorridos entre 1964 a 1967, definindo qual a linha predominante de ação adotada a partir da análise dos principais indicadores de desempenho desta política governamental e dos interesses sociais envolvidos, bem como explicitando as etapas de seu desenvolvimento até o final dos anos 70.

No quarto Capítulo, procura-se evidenciar fenômenos que indiquem de forma clara as condições de esgotamento do formato particular de intervenção estatal tratado nos dois Capítulos anteriores. Essa análise é feita a partir do exame da "crise" que a Previdência Social enfrenta durante o ano de 1981, e de suas relações com o contexto político-econômico mais geral que tem determinado o conteúdo e a forma das decisões governamentais quanto à questão do desenvolvimento social. Além disso, procura-se enumerar um conjunto de proposições alternativas em debate naquele momento, acerca dos destinos futuros da política em questão. Como fecho do Capítulo, enumeram-se sumariamente algumas tendências de transformação em curso no período mais recente.

Finalmente, e à guisa de conclusão, procura-se explicitar um esquema teórico-metodológico de análise de políticas governamentais que emergiu ao longo do processo de elaboração desta monografia. A partir desse esquema embrionário, realiza-se a síntese do movimento analítico efetuado nos Capítulos anteriores, evidenciando as preocupações e dificuldades existentes no que se refere aos "destinos futuros e visíveis" de uma política de Atenção à Saúde no Brasil, que responda mais de perto aos interesses das classes subalternas.

Vários agradecimentos devem ser feitos, pois, como é usual, sem o auxílio de algumas instituições e várias pessoas essa monografia não chegaria a seu término.

Em primeiro lugar, ao DEPE e à FINEP, pelo apoio proporcionado para a realização da investigação que deu origem a esta monografia. Em segundo lugar, à FUNDAP e ao CEBRAP que, em diferentes momentos, deram o apoio material e proporcionaram o espaço intelectual para que o trabalho fosse consolidado e devidamente "amadurecido".

Cabem agradecimentos a Alberto Pellegrini, Solon Magalhães Viana, Sérgio Piola, Cláudio Salm, Edison Tayar, Rodrigo Soares, Eleutério Rodrigues Neto, Luis Marcus França Couto, Francisco Barreto de Oliveira, Rafael Carvalho de Oliveira, Celso Cruz, Mauro Pacheco e Francisco Viacava, pela atenção, paciência e pelo auxílio indispensável que prestaram na obtenção de informações e esclarecimentos relevantes acerca de vários pontos importantes da análise efetuada.

Hésio Cordeiro, Cecília Donnângelo, Amélia Cohn, Sonia Draibe e Eduardo Fagnani, ao discutirem segmentos deste trabalho, contribuíram de forma valiosa para que ele chegasse ao fim, demonstrando um espírito de cooperação que merece destaque.

Vilmar Faria e José Carlos de Souza Braga tiveram participação decisiva na minha formação intelectual e como pesquisador. José Carlos, responsável em grande parte por meu interesse na análise das questões sociais, ao proporcionar-me a oportunidade de participar da pesquisa DEPE/FINEP, tem sido companheiro, amigo e constante interlocutor na difícil tarefa de procurar a natureza das relações entre política econômica e política social. Vilmar, através do convívio e do apoio intelectual permanentes e de uma grande amizade, proporcionou as condições básicas para que minha formação, insuficiente e muito diversificada, na área de Ciências Humanas, fosse aprimorada, permitindo que este trabalho se completasse. Agradeço a ambos, certo da existência de uma amizade que representa muito mais que o resultado acadêmico dos trabalhos que até o momento nos ligaram na vida profissional.

André Villalobos foi muito mais que o orientador deste trabalho. Seu permanente apoio intelectual, sua amizade sincera e suas sugestões, foram importantes ao longo de toda a realização desta monografia. Mas, acima de tudo, André soube compreender e acolher as inumeráveis idas e vindas próprias do fazer acadêmico, concedendo, com bom humor, todos os adiamentos de prazo que solicitei.

Quero agradecer também à equipe do Centro de Apoio Editorial e Documentação da FUNDAP, especialmente a Maria Eloisa Pires Tavares, pelo trabalho de edição, datilografia e normalização bibliográfica.

Gostaria de registrar ainda a participação amiga e inteligente dos integrantes da equipe de pesquisa DEPE/FINEP - Eliane Maizel, Luiz Fernando Novais e Sandra Zanetti de Florio -, que gentilmente permitiram e incentivaram a utilização de dados e informações da pesquisa nesta monografia. Sem o seu auxílio, a realização deste trabalho teria sido muito mais árdua.

Finalmente, alguns agradecimentos especiais, para algumas mulheres especiais: Regina Faria, amiga de todas as horas, que, na FUNDAP, sempre incentivou e apoiou meu trabalho, fazendo reparos importantes quando necessários; Fátima, companheira querida, que acredita naquilo que faço e se desdobra para criar as condições emocionais que permitiram que eu chegasse até aqui; Teresa, criança que apareceu no meio do caminho e só alegrou a travessia final.

1 - A POLÍTICA SOCIAL EM ATENÇÃO À SAÚDE ATÉ OS ANOS 60: UMA SÍN-
TESE DA INTERVENÇÃO

1.1 - INTRODUÇÃO

A análise da trajetória das ações de governo no campo da Atenção à Saúde, ao longo do processo de desenvolvimento histórico da sociedade brasileira, já tem sido objeto de diversos estudos.⁽¹⁾ Este capítulo pretende apenas demarcar as grandes linhas que presidiram a intervenção governamental ante essa questão social⁽²⁾ específica, de modo a construir um quadro de referência que explicita a natureza, o alcance e os limites dessas ações até o início dos anos 60.

Tal esforço parece pertinente, embora o objeto central deste trabalho seja a análise da política estatal em Saúde ao longo dos anos 70, visto que muitos dos constrangimentos e características que o formato das ações de governo no campo da Saúde apresenta no período mais recente só podem ser entendidos, analisados e explicados a partir do estudo de seu processo histórico de desenvolvimento.

Uma síntese desse processo é realizada neste capítulo a partir de uma revisão dos principais trabalhos que analisam a política governamental em Atenção à Saúde no período anterior à década dos 60. O que se pretende, de fato, não é uma discussão exaustiva, mas estabelecer os grandes traços da atuação governamental nesse campo, vinculando-a, sempre que possível e pertinente, a determinações de ordens política, econômica e social mais gerais que moldaram a estruturação das relações Estado-Sociedade no Brasil, tais como:

- etapas e peculiaridades do processo de desenvolvimento econômico;
- processos de constituição do aparelho estatal enquanto "campo de luta" e principal articulador de projetos de direção política das diferentes coalizões governamentais;
- formas específicas de constituição das classes sociais e de seus

aparelhos de organização e luta política, materializadas nas diferentes formas de regime político que prevaleceram no período.

O pós-30 pode ser considerado como marco fundamental do nascimento de uma política estatal em Atenção à Saúde de caráter nacional. Essa postura não implica supor a inexistência de ação governamental nesse campo antes de 1930. O corte temporal nessa data significa mais precisamente o reconhecimento de que as políticas e os programas já existentes, assim como as questões sociais a eles associados, são incorporados e redefinidos após a Revolução de 30, dentro de um contexto em que o projeto governamental envolve não só a estruturação de uma política social mais efetiva e controladora, mas principalmente um reordenamento da base do poder e do desenvolvimento econômico, calcado num processo de industrialização. Contribui ainda para possibilitar o novo caráter da política social, a constituição de uma nova Forma de Estado como condicionante mais geral da capacidade de intervenção governamental.

Entende-se aqui como correta a caracterização das ações de governo no campo social, no pré-30, como momentos de resposta a um movimento social que vinha colocando questões novas às elites dirigentes. No entanto, as políticas até então implementadas foram sempre limitadas e fragmentadas, constituindo-se em respostas pontuais que se processavam em consonância com as características da estrutura estatal vigente e com sua precária capacidade de intervenção, num movimento mais propriamente reativo às pressões advindas, sobretudo, dos segmentos operários mais organizados, associado em grande parte às iniciativas de personalidades da elite dirigente que, de alguma forma, se mostram "sensíveis" à questão social (Maurício de Lacerda e Eloy Chaves, por exemplo).

Em outras palavras, a característica predominante no período que se estende até 1930, no que se refere às ações estatais ante às questões sociais, está fundamentalmente ligada à própria fraqueza do Estado, que, por um lado, ainda não está plenamente constituído como Estado Nacional e, por outro, se encontra bastante

desaparelhado e marcado por imensas limitações técnicas, financeiras e políticas para intervir e, até mesmo, para considerar de forma menos punctual e fragmentada as questões sociais que surgem e se agravam.

Os limites da intervenção estatal nesse período encontram explicação, por outro lado, nas características específicas do processo de desenvolvimento capitalista brasileiro. Na primeira fase do desenvolvimento capitalista retardatário, o complexo exportador cafeeiro é marcado por incipiente divisão do trabalho, baixo índice de assalariamento, restrito mercado de trabalho, elevado grau de concentração regional e baixo poder de difusão das relações mercantis, características que determinam, como contrapartida, bases sociais, financeiras e políticas estreitas e limitativas do poder de intervenção estatal. Além disso, ao caráter ainda relativamente embrionário do setor de assalariados corresponde uma relativa ausência da cena política, com suas questões não chegando a fazer parte daquilo que se poderia chamar de problemática do poder.⁽³⁾ Trata-se, portanto, de um período em relação ao qual, se é correto afirmar a existência de movimentos operários reivindicando determinadas ações estatais, é preciso também atentar para suas debilidades e limitações em termos de representação das classes subalternas. Além disso, não se pode esquecer sua localização adstrita quase exclusivamente aos grandes centros urbanos.

A postura analítica aqui esboçada não significa a concordância com a idéia de surgimento de uma elite governante e de segmentos burocráticos progressistas que, numa antevisão deslocada da realidade e de seus movimentos sociais, propõe uma legislação social paternalista após a Revolução de 30. O que se altera no pós-30 é o próprio caráter do Estado, o que possibilita a ampliação de suas bases sociais, abrindo-se necessariamente o espaço para que, pelo menos como possibilidade objetiva, as questões sociais ascendam à agenda estatal, façam parte da problemática do poder. Num momento posterior, "quando a acumulação capitalista passa a ser dominada pelo capital industrial, esse processo político ganha um respaldo econômico".⁽⁴⁾

Em síntese, não se trata de desconsiderar o período pré-30 em termos das lutas sociais e das políticas de governo, mas de admitir a fragilidade de umas e outras do ponto de vista de sua natureza, extensão e alcance. Por outro lado, no pós-30, o nascimento de uma política social em Atenção à Saúde, de caráter nacional, está associado a mudanças profundas nos cenários político, econômico e social, que não podem ser negligenciadas em benefício da supervalorização da atuação de uma elite "esclarecida".

Por outro lado, também é necessário ter presente que, a partir dos anos 30, e apesar da ampliação real da intervenção estatal no campo da Saúde, esta continuará ocorrendo nos limites de um processo de acumulação restringido e de um Estado Nacional ainda em processo de constituição efetiva, o que igualmente estabelece claras limitações ao avanço da política social em geral. Um dos possíveis indicadores desse fenômeno é a precariedade do aparelho estatal que se monta a partir da Revolução de 30, assim como também o é a insuficiência técnica e financeira do capital industrial que passa a ser o motor da acumulação.⁽⁵⁾ No interior desse contexto limitativo, surgem políticas de caráter nacional, por meio de um Estado que passa a responder de forma mais orgânica às questões sociais, rompendo com a forma característica do pré-30, ou seja, com o caráter por excelência fragmentário e punctual que caracterizava suas ações naquele período.

É importante observar que, a partir dos anos 30, ademais, a inflexão política que se opera na estrutura de poder e dominação associa-se a uma crise profunda de hegemonia, permitindo a emergência de um elevado grau de autonomia relativa do Estado, em face das classes e frações da sociedade brasileira. Tal autonomia se revela através da atuação dos aparelhos estatais, além dos limites colocados pelas forças sociais em luta, o que implica responder e acomodar os interesses em questão, mas sem responder específica e diretamente a nenhum deles, e mesmo indo mais adiante.⁽⁶⁾

Essa característica da relação Estado-Sociedade no período tem suas consequências importantes, ainda do ponto de vista pro

priamente político, para o desenvolvimento de políticas e programas no campo da Atenção à Saúde.

Em primeiro lugar, é através da montagem dos aparelhos de Previdência Social (e, dentro deles, do embrião das ações de assistência médica) que passa a ser exercida grande parte do controle sobre as camadas subalternas urbanas. Estas, por sua vez, passam a ter sua existência política reconhecida, ainda que por meio de um processo controlado de integração à vida política, como veremos mais adiante. Trata-se de um salto qualitativo que significa tanto uma maior complexidade das formas de controle/integração que avançam no sentido da dominação burguesa, como, simultaneamente, uma conquista importante das classes trabalhadoras, na medida em que, na própria armação material do Estado, se abrem espaços para suas reivindicações.

Em segundo lugar, é através dos aparelhos de Previdência Social, acoplados ao aparelho sindical, que se estabelece canal de comunicação das elites governantes com as camadas subalternas mais organizadas, o que constitui fonte inequívoca de poder para as diversas coalizões governantes do período.

Por outro lado, a ampliação da ação estatal, tanto em Saúde Pública como a nível da Previdência Social, gera organizações permanentes que, ao longo do período, consolidarão posições de força bastante distintas no setor.

Em relação à vertente médico-sanitária, apesar de privilegiada ao longo desse período, observa-se que, paulatinamente, perde poder; principalmente quanto à capacidade de gerar condições ou espaços privilegiados para sua reprodução, a partir do esgotamento do formato vigente de intervenção do Estado no campo social, no final da década dos 50 e início dos anos 60.

A burocracia previdenciária, em contrapartida, alcançou considerável peso e influência política no período, constituindo esquemas notáveis de reprodução e abertura de novos espaços.⁽⁷⁾ Mes

mo com um papel secundário, em parte do período em consideração, a política de assistência médica começa a surgir, já na década dos 50, como o grande ponto de intervenção da política estatal na área da saúde.

Embora a intervenção estatal conserve, no essencial, o mesmo formato ou perfil básico, parece conveniente, para fins analíticos, dividir o período em duas etapas:

- a) na primeira, que se inicia em 1930 e vai até o final do Estado Novo, é montado o aparelho de Saúde Pública e o de Previdência Social, com predomínio do primeiro no tocante à política de atenção à saúde;
- b) na segunda, que vai do período de redemocratização ao início da década dos 60, esses aparelhos sofrem poucas modificações formais, sendo entretanto utilizados até o limite de sua capacidade operacional, e onde se verifica a perda da importância relativa do aparelho de Saúde Pública.

A possibilidade de considerar-se o formato da intervenção governamental como essencialmente o mesmo, ao longo do período 1930/60, deve ser compreendida a partir dos seguintes pontos:

- o caráter restringido do Estado e do processo de acumulação que estabelece limites ao avanço de novas formas de intervenção no campo social, no referente às possibilidades de financiamento direto e de uma gestão mais complexa de programas setoriais, uma vez que o esforço estatal se dirige prioritariamente para a constituição das bases de decolagem do processo de industrialização;
- a forma basicamente corporativa de relacionamento entre as coalizões governantes, as organizações estatais e as camadas subalternas no que tange à questão da Saúde e Previdência Social. Tal relacionamento conserva características corporativas, inclusive no período 1945/60 (no qual, na verdade, são exploradas até o limite), ou seja, mesmo no interior de um processo em que se opera e

se completa a transição de um regime autoritário para uma outra forma de jogo político e de articulação das forças sociais em presença;

- o formato do próprio aparelho estatal e suas ramificações que, apesar do processo que os torna mais complexos e diversificados, não sofrem nenhuma transformação profunda, apesar de algumas tentativas sem sucesso no período. Somente no pós-64 ocorrerá uma transformação mais significativa, no sentido de maior centralização e unificação do aparato do Estado.

Isso significa apontar uma certa continuidade, acentuada para além das diferenças que possam existir entre os períodos 1930/45 e 1945/60. Na essência, não se alteram significativamente a natureza e o alcance da política social em saúde. O que efetivamente ocorre é a exploração do perfil dado até os limites de suas possibilidades, fazendo com que, no começo da década dos 60 e notadamente em relação à articulação entre Saúde e Previdência Social, se coloquem diferentes alternativas, sem que nenhuma delas apresente, de imediato, características que lhe permitam assumir predominância.

1.2 - A POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA REVOLUÇÃO DE 1930 AO FIM DO ESTADO NOVO

A emergência de uma política de caráter nacional no campo da Saúde Pública é reforçada pelo quadro de necessidades sanitárias no contexto de um processo relativamente acelerado de urbanização e industrialização. Com o novo esquema do poder que se instala no pós-30, não se pode mais prescindir da consideração dos assalariados urbanos, tornando-se importante definir políticas sociais que respondam de alguma forma às exigências ou necessidades da massa trabalhadora, cuja existência ocorre num quadro de precárias condições de higiene, saúde, habitação etc.⁽⁸⁾

A partir dessas transformações do processo político e da própria natureza do Estado, podemos identificar uma política de saúde organizada predominantemente pelos aparelhos governamentais, a qual, por sua vez, se subdivide em dois ramos: o de Saúde Pública, mais importante até meados da década dos 60, e o de atendimento médico-hospitalar, no interior do aparelho de Previdência e Assistência Social. Este último irá ampliar-se a partir de meados da década dos 50, adquirindo predominância só na segunda metade dos anos 60.

Os programas de Saúde Pública relacionam-se com os processos de migração, urbanização e industrialização, dentro de um movimento geral de criação de um mercado nacional de trabalho.

No que concerne ao aspecto transformação institucional, inicia-se um processo de centralização, que até então fora obstaculizado pela autonomia dos diversos estados. Nesse sentido, já em 1930, é criado um Ministério de Educação e Saúde, que se estrutura através de dois principais departamentos: um de Educação e outro de Saúde.

Em 1937, o Departamento Nacional de Saúde passa a exercer uma coordenação real sobre os Departamentos Estaduais de Saúde,

uniformizando-se, inclusive, as estruturas internas de funcionamento destes últimos.⁽⁹⁾

A partir daí, a política de Saúde Pública avança para o interior do País, financiada através de Caixas de Fundos para os Serviços de Assistência e Saúde Pública nos municípios. Tais caixas têm como ingresso principal 5% da receita total arrecadada pelo município onde atuam, e destinam-se a canalizar recursos para a instalação de Serviços de Higiene de caráter permanente nos diferentes distritos sanitários. Esse sistema de organização de serviços tem vigência em Pernambuco, Mato Grosso, Piauí, Rio Grande do Sul, Amazonas, Minas Gerais e São Paulo.

Ainda em 1937, é instituído o Serviço Nacional de Febre Amarela, primeiro serviço de dimensão verdadeiramente nacional. Logo a seguir (1939), cria-se também o Serviço de Malária do Nordeste. Ambos se organizam em convênio com a Fundação Rockefeller.

Na sequência do movimento progressivo de complexificação/diversificação e mesmo centralização, característico da política de Saúde Pública no período, reorganiza-se, em 1941, o Ministério de Educação e Saúde. Com essa reorganização, o Departamento de Saúde passa a:

- a) incorporar os diversos serviços de combate a endemias, como os de tuberculose, de peste, de malária (surgido da unificação das unidades regionais), de lepra, de febre amarela;
- b) incorporar outros serviços e unidades criados, como os de combate ao câncer, o de doenças mentais, o Departamento Nacional da Criança (criado em 1940), o Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina, o Serviço Federal de Bioestatística e o Serviço Federal de Biometria Médica;
- c) institucionalizar as campanhas sanitárias;
- d) assumir o controle da formação de técnicos em Saúde Pública,

através da criação de um curso em Saúde Pública que centraliza e integra os já existentes, inclusive o do Instituto Oswaldo Cruz.

Em 1942, durante a Segunda Guerra Mundial e por razões ligadas ao saneamento de pontos estratégicos para os Estados Unidos, vinculados entre outros à produção de borracha na Amazônia e o Vale do Rio Doce, é criado o Serviço Especial de Saúde Pública - SESP, também em convênio com a Fundação Rockefeller.

Ainda na década dos 40, serão introduzidos, na produção dos serviços de saúde, os avanços tecnológicos ligados à intervenção farmacológica.

Esse processo progressivo de centralização e as transformações organizacionais (reformas nos serviços e criação de inúmeras novas unidades) fundamentam a afirmação da "emergência", no período que se inicia em 1930, de uma Política Nacional de Saúde. Mais ainda, "a reestruturação e dinamização dos serviços de saúde configuram o primeiro momento do processo de concretização dessa política que, entretanto, continuará limitada, tendo sua plena constituição que aguardar necessariamente uma outra etapa do desenvolvimento brasileiro, na década dos 50". (10)

A vertente médico-hospitalar é, nesse período, uma modalidade da prestação de serviços no interior do nascente aparelho de Previdência e Assistência Social Brasileira. Trata-se de uma modalidade sobre a qual repousa uma controvérsia a respeito de sua pertinência enquanto parte do esquema de seguro social em constituição.

Para o entendimento dos caminhos contraditórios por que passa a assistência médico-hospitalar nesse período, vejamos como se processa a estruturação do aparelho previdenciário.

Esse aparelho, cujo embrião surge no final da década anterior, no momento da constituição das Caixas de Aposentadoria e Pensões, sofre transformações profundas no período que vai da Revo-

lução de 30 ao fim do Estado Novo.

Independentemente de saber se tais transformações são efetuadas por uma elite governamental que antecipa e vai além das reivindicações das forças sociais em jogo, ou se ocorrem em virtude de pressões das classes trabalhadoras urbanas, o que é inconteste é que toda uma nova armação institucional é montada para atender às questões sociais que emergem e ganham reconhecimento a nível da agenda governamental.

Dessa forma, cabe notar que, ao contrário do período que vai de 1923 a 1930, toda uma série de medidas regulamentando o fator trabalho passa do discurso governamental para a prática efetiva.

Obviamente, a incorporação das demandas só se faz mediante uma retradução da problemática a nível da elite no poder, o que contribui para que as medidas tomadas conformem um importante elemento auxiliar na manutenção das relações de dominação subjacentes ao padrão específico de direção política em vigor.

Isso não significa acreditar que atendimento de reivindicações constantes das pautas colocadas pelos setores mais organizados da massa operária advenha de uma atitude paternalista e antecipatória do Estado. O que se pretende ressaltar é que, ao atender às reivindicações operárias sobre diversos aspectos relativos às condições de trabalho, se monta simultaneamente um esquema de relações institucionais com as camadas subalternas sob controle do Estado, coerentes com o esquema de poder vigente. E isso é possível dadas exatamente a fragilidade e a fragmentação, nesse momento, tanto das camadas subalternas quanto dos setores oligárquicos exauridos no processo de luta no período anterior. (1)

O ponto de inflexão mais importante, em relação à montagem do aparelho de Previdência Social neste período, ocorre em 1933, com a criação do Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos - IAPM. (2) Com a criação desse IAP, inicia-se um processo

que culminará com a montagem de um imenso aparelho de serviços, controlado pelo Governo Federal, através do qual se pretende estender os benefícios da previdência ao conjunto dos assalariados urbanos. Os Institutos não são, dessa forma, um produto da evolução natural das Caixas, que permanecem operando até muito mais tarde.

Diferem do funcionamento das Caixas basicamente nos seguintes pontos:

- organizam-se segundo categorias profissionais e não por empresas, absorvendo todos os trabalhadores da mesma;
- constituem-se como autarquias, com maior controle por parte do Estado;
- seus benefícios são basicamente os mesmos em todo o território nacional, obedecendo apenas às diferenças salariais;
- a vinculação entre sindicatos e institutos cria espaço para manifestação dos interesses de trabalhadores assalariados, segundo categorias profissionais;
- cada Instituto é dirigido por um presidente de escolha e nomeação privativa do Presidente da República, através de decreto referendado pelo Ministério do Trabalho, dentre cidadãos versados em questões sociais;
- o presidente é assistido em sua gestão por um Conselho de Administração, com representação paritária de empregadores e empregados, mas secretariado por funcionários profissionais do Instituto de sua livre escolha, referendados pelo Conselho.

A partir do IAPM,⁽¹³⁾ cada nova instituição criada apresenta pequenas diferenças em relação às anteriores. Jaime de Oliveira e colaboradores (1978) realizam uma minuciosa análise dos decretos de criação dos Institutos, mostrando como cada um deles apresentava diferenças de funcionamento e principalmente articula

vam tentativas de desvinculação do pagamento de benefícios da prestação de serviços, notadamente de assistência médica. A prestação de serviços como atribuição ou não dos Institutos, inserida na discussão de qual o regime atuarial que essas organizações deveriam adotar do ponto de vista "operacional", é a questão destacada nas negociações que marcam o processo de desenvolvimento do sistema previdenciário no período, assunto que detalharemos mais adiante.

Pelo Decreto nº 24.273 de 22/05/34, cria-se o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciários - IAPC, e, logo a seguir, pelo Decreto nº 24.615 de 09/07/34, o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários - IAPB.

No IAPC, modifica-se a composição do Conselho de Administração estabelecida para o IAPM, elevando-a para oito membros - dois do governo, três empregados e três empregadores. No IAPB, altera-se o percentual de contribuição dos empregados e empregadores, e a aposentadoria ordinária é substituída pela aposentadoria por velhice, extinguindo-se o expediente de tempo de serviço como elemento determinante da concessão do benefício. (14)

Somente em 1934, com o IAPC e o IAPB, novas categorias profissionais passam a ingressar no sistema previdenciário nascente, visto que os marítimos já tinham sua CAPs desde 1926. (15)

Ainda em 1934, por meio do Decreto nº 23.274 de 22/05/34, cria-se a Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Trapiches e Armazéns de Carga, e, pelo Decreto nº 24.275 de 22/05/34, a CAPs dos estivadores.

Em 1936, é criado o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (Lei nº 367, de 31/12/36), que é regulamentado sucessivamente em 1937 e 1938. Incorpora-se a partir daí, sob a cobertura da previdência, um grande contingente da massa trabalhadora urbana até então marginalizada desse processo.

O projeto de criação deste Instituto havia sido encomendado, por Getúlio Vargas, a um grupo de técnicos e especialistas no assunto, sendo que a legislação que o estrutura traz a concepção da previdência mais restrita.

Sobre as razões dessa característica do IAPI, assim se manifesta Malloy (1979): "o IAPI foi o último dos grandes institutos criados e o foi para o grupo de trabalhadores que, até então, se mostrava o mais amorfo e menos organizado dentre a classe operária. Como resultado, os organizadores do IAPI não se defrontam com o mesmo tipo de poder que dispunham outros grupos organizados, como aqueles que deram origem a outros institutos e CAPs. Por isso, estavam capacitados a traçar planos e criar o quadro administrativo do IAPI (os cardeais do IAPI), com um mínimo de pressão; e, de fato, levaram dois anos, 1936/38, para projetar o funcionamento deste instituto". (16)

Uma análise do discurso dos quadros técnicos, tanto do IAPI quanto do Ministério do Trabalho, revela claramente a idéia de que "... não cabia ao Estado, através de seus recursos tributários gerais, garantir a renda dos trabalhadores e seus dependentes em casos de doença, invalidez, velhice ou morte, tampouco garantir bens e serviços como habitação ou assistência médica". A Previdência nessa concepção equivale ao seguro comercial, não sujeito a injunções políticas, e delimitando fortemente as despesas para poder arcar com os compromissos futuros representados pelo número de segurados que a cada ano passavam a receber auxílios, pensões e aposentadorias. (17)

Torna-se sintomático que só em 1950 o IAPI passa a fornecer assistência médica aos seus segurados, mesmo sofrendo pressões desde a sua criação para que ampliasse seu plano de benefícios e serviços.

São criados, após o IAPI, o Instituto de Previdência e Assistência ao Servidor Público - IPASE (Decreto-Lei nº 238, de 23/02/38), na verdade mais uma atualização institucional daquele

já fundado em 1926; e o IAP dos Empregados em Transportes e Cargas - IAPTEC, este pelo Decreto nº 551, de 26/08/38.

Em 1939, os IAPs são autorizados, por meio do Decreto-Lei nº 1.308, de 31/05/39, a conceder financiamento para aluguel de moradias.

Em 1940, é regulamentada e implementada a lei do salário mínimo de 1936, e em 1943 retoma-se de maneira abrangente a questão dos serviços médicos e demais serviços de assistência social, já no declínio do primeiro governo de Vargas.

No ano seguinte, decreta-se a Lei Orgânica do Serviço Sociais do Brasil (Decreto nº 7.526, de 07/07/45), cujo projeto foi elaborado pela comissão presidida por João Carlos Vital, também presidente da comissão que havia elaborado o projeto do IAPI. Através dessa lei, cria-se o Instituto de Serviços Sociais do Brasil - ISSB, que unificaria todos os serviços previdenciários em um só organismo, com a participação de todos os níveis da federação. O objetivo era oferecer ampla gama de benefícios, incluindo todas as formas de serviços médico-hospitalares.

Além disso, propunha-se, através do ISSB, a participação "apenas de membros ligados ao Estado e às classes trabalhadoras (segurados)". Inverter-se-ia, assim, a relação contratual estabelecida até então pela estrutura previdenciária com base nas CAPs e IAPs, onde a relação dava-se fundamentalmente entre empregados e empregadores. O projeto do ISSB propunha, na verdade, um organismo público, de atendimento de necessidades sociais de maneira ampla, ainda que se mantivesse bastante condicionado à capacidade própria de absorver recursos". (18)

Por tentar alterar um esquema de poder bastante complicado e enraizado num complexo de relações entre sindicatos e Institutos, numa época de declínio do Governo Vargas, este projeto teve curta vigência, sendo revogado logo após a queda desse Governo (Decreto-Lei nº 9.481, de 31/01/46). (19)

As análises disponíveis para o período destacam que a vertente de serviços, no campo da assistência-médica, encontra-se contemplada no processo de criação de cada um dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, ainda que não da mesma forma e sempre como objeto de controvérsias entre os diferentes agentes sociais ligados à estrutura previdenciária.

A controvérsia a respeito da incorporação dos serviços de assistência médica nos IAPs, nesse momento, está ligada a algumas características importantes da Previdência Social:

- a) em primeiro lugar, trata-se de uma área de atenção onde a intervenção do poder público se dá de maneira indireta. Ou seja, ao contrário da vertente médico-sanitária, não se constitui um aparelho estatal específico para prestar esses serviços, bem como a sua forma de financiamento é fundamentalmente a destinação de recursos, advindos não do Tesouro, mas da parcela de contribuição de empregados e empregadores e da União, destinada a manter o esquema vigente de seguro social;
- b) os Institutos de Aposentadorias e Pensões e as CAPs têm, durante todo esse período, suas finanças formalmente regidas a partir de um esquema de gestão denominado "regime de capitalização". Essa forma de gestão consiste em seguir uma determinada política financeira em relação aos excedentes derivados da diferença entre a Receita Previdenciária e a despesa, política que consiste em aplicar tais excedentes em investimentos rentáveis que, além de os manterem em valores reais, os aumentariam ao longo do tempo. Do ponto de vista atuarial, tal política se justificaria uma vez que, com o desenvolvimento do seguro social, as despesas, notadamente no campo dos benefícios, tendem a aumentar mais do que proporcionalmente em relação às receitas de contribuições. Esse aumento das despesas deveria ser coberto, ao longo do tempo, através da formação de um fundo de liquidez conseguido através do montante obtido da aplicação dos excedentes, mantendo-se assim o equilíbrio financeiro da Previdência Social. Isto seria prejudicado se houvesse um aumento adicional nas despesas a partir da incorporação da assistência médica; (20)

- c) em terceiro lugar, e decorrente das características anteriores, a incorporação da prestação de serviços médicos nos IAPs é sempre questionada pelos quadros burocráticos de alguns Institutos, notadamente do IAPI, que se mostram contrários a ela, visto fugir daquilo que caracterizaria um esquema de seguro social "puro". No entanto, a conquista desse tipo de serviço pelas classes subalternas, no momento inicial de constituição das Caixas de Aposentadorias e Pensões, e sua manutenção no escopo das atribuições dos primeiros IAPs criados fazem com que a assistência médica passe a estar presente, desse momento em diante, na Previdência Social brasileira. Cabe notar que os Institutos iniciais (marítimos, comerciários e bancários) dirigem-se para as camadas trabalhadoras mais organizadas e com maior tradição de luta na conquista de direitos sociais e políticos. Pode-se inferir daí, como o faz Cohn (1980), que existe uma correlação estreita entre a atuação sindical e a Previdência Social, tanto no sentido de controle social como no de mobilização e conquista de políticas que favoreçam as camadas subalternas; ⁽²¹⁾
- d) em decorrência dessas características - não-incorporação total e direta dos serviços de assistência médica por parte do Estado, finanças previdenciárias regidas pelo esquema de capitalização, divergências nos quadros da própria burocracia previdenciária quanto à validade de prestação de assistência médica pelos IAPs e CAPs e poder de pressão política diferenciado por parte das diferentes categorias profissionais - é que a assistência médica, embora incorporada como serviço prestado pela Previdência Social, recebe atenção distinta por parte de cada Instituto (o que implica tipos diferenciados de serviços e também diferencia dos volumes de recursos destinados à sua prestação); também decorre de tais características o fato de a assistência médica passar a ser prestada, nos grandes Institutos (como o IAPI), através da compra de serviços médicos a entidades privadas.

A existência dessas características tem merecido uma forma de explicação, por parte de alguns estudiosos da política de Saúde e Previdência Social no Brasil, que merece alguns comentários

rios. Correndo o risco de simplificações excessivas, tentar-se-á, a seguir, sintetizar aquilo que nos parece o ponto central a aclarar.

Alguns autores (Oliveira, 1980; Cordeiro e Fiore, 1980) sustentam que a Política Previdenciária evidenciava mecanismos neoliberais de resposta do Estado às pressões das classes trabalhadoras em relação a certas questões sociais (benefícios previdenciários e assistência médica por exemplo). Isso significaria não encampar ele próprio (o Estado) a concessão desses serviços, e participar de sua prestação apenas aparentemente. Utilizam como elementos de comprovação dessa hipótese tanto o conteúdo da legislação que normatizava a distribuição de pecúlios, benefícios e serviços, quanto dados orçamentários referentes à receita e à despesa. Além disso, analisam o perfil de gasto com assistência médica, mostrando sua redução no período 1930/45.

Procuram esses autores mostrar ainda que, em outros períodos, como por exemplo entre 1923 e 1930, dada uma outra relação entre classes sociais e o Estado, foi possível estruturar-se um sistema previdenciário menos abrangente, porém mais pródigo. A prodigalidade referida diz respeito a que não só o escopo dos benefícios e serviços era mais amplo, como a própria política financeira previdenciária era regida formalmente pelo princípio de "repartição simples". (22)

Da mesma forma, no período imediatamente posterior ao aqui analisado, ou seja, entre 1945 e 1960, a alteração ocorrida nas regras do jogo político faz, ainda segundo esses autores, com que, aumentando a capacidade de pressão da classe trabalhadora urbana, se observe a adoção do mesmo princípio de repartição simples abandonado entre 1930 e 1945.

Em síntese, a questão central a observar, no período em exame neste momento, foi como a configuração particular das relações Estado-Sociedade teria permitido a adoção de uma política con

tencionista de gastos, inclusive os de assistência médica, possibilitando que a Previdência Social funcionasse como mecanismo compulsório de captação de recursos para a aplicação em projetos importantes para o desenvolvimento industrial. Isso seria feito através do desvio de fundos financeiros acumulados em cada Instituto. Através de empréstimos com natureza, rentabilidade e prazos de retornos diversos, os recursos estariam sendo transferidos para projetos como a Alcalis, Siderurgia e para títulos da dívida pública com remuneração inferior ao crescimento dos índices inflacionários.

Assim, o mecanismo explicativo que elucidaria tanto o formato peculiar de intervenção do Estado na Previdência Social quanto a controvérsia interna a esta última (incorporação ou não incorporação da assistência médica, no período 1930/45) expressaria de certa forma um retrocesso ante as conquistas do período pré-30, as quais só voltariam a ser obtidas após a queda do Estado Novo, fato este obscurecido pelos mitos criados ao redor da figura de Vargas e pela caracterização de seus períodos de governo como momentos de grande impulso das ações estatais no campo social.

Nas palavras de Oliveira (1980): "Nossa impressão é de que as medidas contencionistas ... foram iniciadas em função de questões muito conjunturais (crise da economia)... presentes no imediato pós-30 (não estamos sugerindo, portanto, a existência de nenhum projeto maquiavelicamente formalizado e acabado desde o início do período, do qual a sequência posterior dos acontecimentos fosse um mero desenrolar). Mas daí para frente... foi-se 'descobrir'... que a Previdência poderia desempenhar um importante papel econômico no contexto do país... desde que não se retrocedesse ao modelo abrangente e pródigo dos anos 20. A partir daí, é como se, no contexto autoritário... que permitia o sacrifício relativo da eficácia política da instituição, esta função econômica geral da Previdência adquirisse certa autonomia... E se impusesse progressivamente, ao papel 'social' da instituição previdenciária... Ou seja: à paradoxal situação em que, através de uma instituição 'de política social', cada vez mais ineficiente em seus propósitos origi-

nais, uma parcela (cada vez maior) dos salários dos trabalhadores era utilizada, na prática, primordialmente para 'amparar e auxiliar as atividades produtivas'. Estranha 'política social'."23

Em relação a esta vertente explicativa é preciso considerar em primeiro lugar o que diferencia a intervenção do Estado antes e depois de 1930, no segundo momento, ao lado da política previdenciária "senso estrito", emerge um conjunto de outras políticas sociais que se complementam organicamente, conferindo à área social uma ação estatal de outra natureza e referida a um bloco de questões que, embora sendo objeto de luta política, só a partir de então passa a fazer parte das questões estatais propriamente ditas.

Nesse sentido, a política previdenciária destina-se, agora, ao conjunto dos trabalhadores assalariados urbanos. É verdade que a "performance" dos gastos não foi pródiga, mas também é fato que em nenhum momento do período os gastos deixaram de crescer em termos reais. (24) Num período de constituição do Sistema Previdenciário não haveria mesmo porque supor que os gastos previdenciários devessem expandir-se à mesma velocidade das receitas.

De outro lado, é verdade também que a legislação quanto aos benefícios se mostrou menos "generosa" formalmente, se comparada com 1923/30. Porém nos parece mais relevante tomarmos como avanço qualitativo e quantitativo o fato de que agora os benefícios se estendem à quase totalidade das categorias assalariadas urbanas, tratando-se de benefícios conquistados juntamente com outras medidas sociais importantes, como salário mínimo, regulamentação da jornada de trabalho, legislação sindical, que constituem um avanço inequívoco no estabelecimento de um patamar mais amplo de direitos sociais das camadas subalternas de nossa sociedade.

Ademais, quanto à capitalização decorrente de uma política de excedentes de receita sobre despesa, não se deve esquecer que, atuarialmente, o referido sistema de seguro demanda alguma forma de rentabilidade para seus fundos.

Em princípio, portanto, uma vinculação dos recursos previdenciários aos projetos da "industrialização pesada" - programa que significava, do ponto de vista econômico e social, um avanço em relação às propostas de um Brasil "agrário" - não significava por si uma forma "inadequada" de uso daqueles recursos.

Por outro lado, não negamos que parte dos recursos acumulados na Previdência Social possam ter sido canalizados para investimentos em setores importantes para o projeto de desenvolvimento industrial do primeiro Governo Vargas. No entanto, seria preciso aprofundar um pouco mais as investigações para afirmar, com segurança, que uma possível restrição de gastos em benefícios e assistência médica teria ocorrido em consequência da canalização de recursos para projetos importantes de desenvolvimento industrial. Ou seja, para podermos afirmar que:

- a) o modelo de capitalização adotado e defendido do ponto de vista atuarial pelos técnicos da Previdência Social representa a estratégia seguida para alcançar essa finalidade de geração de recursos;
- b) e que a transferência dos mesmos para a compra de títulos e projetos, como Siderurgia e Alcalis etc., demonstraria uma ênfase predominantemente econômica da Previdência Social, nessa fase inicial,

teríamos que, além de listar a legislação que permite isto, demonstrar os volumes efetivamente transferidos a cada ano, e sua importância relativa dentro de cada projeto em questão, ou mesmo no conjunto dos mesmos, o que é um trabalho que ainda está para ser feito.

Além disso, a "inadequação" dessa ação demandaria com provar que não houve nenhuma rentabilidade nessas aplicações.

Ainda do ponto de vista das finanças previdenciárias, importa considerar também que estas eram vulnerabilizadas pelas "fal

tas" da União e das empresas no cumprimento de obrigações relativas às suas parcelas respectivas de contribuição.

Assim, queremos enfatizar, sem desconhecer a modalidade subordinada e controlada, que, a partir de 1930, a inserção das questões sociais no âmbito do Estado se faz de uma forma inequivocamente superior se comparada com os experimentos pré-30.

Os setores de saúde e previdência são, em síntese, objetos de políticas nacionais referidas ao conjunto dos assalariados urbanos. Isto é, constituem políticas gerais emanadas de um Estado centralizado que, nas suas próprias instituições, toma como gêneros os "interesses" de um segmento da estrutura social da "nação". Nesse processo, não apenas se estabelece uma referência concreta às diferenciações entre os assalariados, derivadas da sua inserção no processo de produção e valorização capitalistas - os marítimos, os ferroviários, os industriários etc. -, como também se reafirma, através da institucionalização, o elemento básico de dominação contido nas relações de assalariamento. Nesse sentido, isto é, do ponto de vista da constituição de um Estado Capitalista, a montagem dos aparelhos de saúde e previdência expressa um grau maior de "amadurecimento" em relação ao período anterior.

Mas se esse é um aspecto da constituição da dominação burguesa, não se deve desprezar a sua outra face - a de que não apenas se estrutura uma resposta às pressões oriundas da luta social, mas também, do ponto de vista dos assalariados, se inscreve a presença de seus interesses e demandas nas agências estatais, isto é, na própria armação material do Estado. O sentido das políticas de saúde e previdência dependerão da correlação de forças e condições da luta política as mais diversas. Tais políticas, portanto, serão mais ou menos favoráveis aos trabalhadores, dependendo da força relativa destes nas diferentes conjunturas políticas. Porém, desde então, está assegurado o "reconhecimento" das questões de saúde e previdência, colocadas pelos assalariados, como questões estatais e, desse modo, revelam-se como um avanço inequívoco na luta pela conquista de melhores condições de existência pa

ra uma parcela significativa das classes subalternas.

Finalmente, deve-se ressaltar os problemas particulares e específicos que estiverem envolvidos na montagem do aparelho de saúde e previdência social numa etapa de constituição das bases industriais do capitalismo brasileiro. A forma peculiar de articulação entre essa área social do Estado e o processo de acumulação capitalista está expressa, neste momento, no debate sobre as alternativas de manejo financeiro dos fundos previdenciários, tendo em vista os grandes projetos de industrialização. Como veremos, no período seguinte, essa questão abarcará também, ainda que de forma embrionária, o problema da articulação entre os setores públicos e privados na prestação dos serviços de saúde, em especial os de assistência médica.

Com essas características, a política social ganha espaço institucional e político no processo onde o Estado será também agente ativo na constituição simultânea de uma dinâmica econômica e social correspondente.

1.3 - INDUSTRIALIZAÇÃO, REDEMOCRATIZAÇÃO E A POLÍTICA SOCIAL EM SAÚDE: OS IMPASSES DO PERÍODO 1945/64

O final da década dos 40 e a década dos 50 marcam a política social analisada em alguns aspectos importantes.

Em primeiro lugar, são menos frequentes as mudanças organizacionais de grande porte realizadas em contraste com o período anterior. Destacam-se somente a criação do Ministério da Saúde, a junção das Caixas de Aposentadorias e Pensões em um único organismo, em 1953, e a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social, em 1960.

Mas, simultaneamente a esse movimento de aparente continuidade a nível formal, as políticas social global e em saúde apresentam alterações significativas e que devem ser consideradas dado se constituírem em embriões de transformações profundas que vão ocorrer a partir de meados dos anos 60.

A Política Social em geral parece ganhar novos impulsos, principalmente no segundo Governo Vargas, tanto através de tentativas de montagem de um embrião de uma nova "ossatura institucional", para coordenar as ações governamentais de maneira integrada e centralizada, quanto da prioridade desse setor nos discursos governamentais.

Em relação aos serviços de atenção à saúde, temos a introdução (ou interiorização) do progresso técnico mundial na área de intervenção farmacológica. Como reflexo disso, já em 1948, se inicia campanha nacional de vacinação via BCG. A partir de 1950, "momento de inflexão da economia brasileira e de reaparelhamento do Estado, o setor de saúde pública atingirá sua estrutura definitiva...", ampliando-se através da extensão de atendimento e reforçando-se a tendência centralizadora. ⁽²⁵⁾ Por outro lado, essa expansão continua ocorrendo dentro de limites estruturais, que fazem com que essa política não esteja em nenhum momento dentre as prio

- crescimento da massa de assalariados urbanos, decorrentes da expansão capitalista, e mesmo assalariamento de parte da mão-de-obra agrícola, o que requer a extensão da Medicina Previdenciária;
- bloqueios à uniformização dos benefícios e serviços prestados pelo Sistema Previdenciário. Do ponto de vista do discurso, a tendência a essa uniformização se revela, claramente, na concepção da LOPS (1960); porém, sabemos que esta só se concretizará a partir de 1966, com o INPS;
- nível de organização dos trabalhadores e sua força política, que determinarão o grau de sua participação na formulação das políticas sociais do Estado;
- estreita base financeira, tanto do Estado quanto do conjunto de empresas empregadoras, incapazes de sustentar um sistema previdenciário ampliado". (27)

1.3.1 - A Política de Atenção Médico-Sanitária de 1945 a 1964

A própria evolução institucional do aparelho encarregado do desenvolvimento da política de Saúde Pública parece demonstrar bem as suas características nesse período.

Se por um lado se cria o Ministério da Saúde em 1953, o que pode ser visto como um aumento da importância da questão da saúde na agenda governamental, por outro é clara sua posição bastante secundária na priorização do governo. Isso porque na separação dos setores (Saúde e Educação até então estavam juntos em um mesmo Ministério), coube ao setor Saúde tanto a menor parcela do orçamento dividido, como também a menor parte (1/3) do imposto, então vigente, sobre Educação e Saúde.

Esse Ministério, decorrente do antigo Departamento Nacional de Saúde - DNS, tinha a seguinte estrutura básica, aqui explicitada para uma melhor idéia da extensão de suas atividades. (28)

ridades reais de gasto governamental. Tais limites estruturais se explicam pela:

- priorização de investimentos em projetos destinados a viabilizar os requisitos básicos para o avanço do processo de industrialização;
- estreiteza da base financeira do Estado Brasileiro, derivada do ainda incipiente desenvolvimento industrial;
- inexistência de condições políticas para o encaminhamento de uma reforma tributária;
- adoção de um modelo sanitário que implicava requisitos técnicos e financeiros elevados, contrastantes com as limitações acima enumeradas.

No campo da Política Previdenciária, contrariamente ao período anterior, crescem as despesas realizadas pelo Sistema Previdenciário em todos os seus itens, notadamente com assistência médica, a ponto de irem paulatinamente se constituindo no segmento predominante do gasto estatal em Saúde.

Esses aumentos, conjugados ao bloqueio de todas as tentativas de unificação dos Institutos, levam a uma situação de gradual agravamento da situação financeira dos mesmos. Na ausência de condições políticas e econômicas que possibilitassem uma transformação de tal ordem, ocorrem, durante esse período, "movimentos que expunham ao limite aquela estrutura" (do Sistema Previdenciário), ainda que não chegassem a rompê-la. (26)

Pode-se sintetizar as questões que delimitam o entendimento da evolução do Sistema Previdenciário, notadamente nesse período, como segue abaixo:

- " amplitude do sistema previdenciário e seu correspondente processo histórico de centralização;

- campanhas nacionais (tuberculose, febre amarela, malária, peste, lepra);
- assistência materno-infantil;
- assistência a psicopatas;
- saúde dos portos;
- assistência hospitalar;
- fiscalização antivenéria nas fronteiras;
- delegacias federais de saúde.

Sua atuação também se expande em relação às enfermidades sob seus cuidados: ancilostomose, bócio, boubala, brucelose, doença de chagas, esquistossomose, liadose, filariose, leishmaniose e tracoma.

Ainda na década dos 50, são estendidas as ações do Serviço Especial de Saúde Pública - SESP tanto em termos geográficos (áreas de Estrada de Ferro Vitória - Minas e Vale do São Francisco), quanto em novas atividades como: "assistência médica, educação sanitária, saneamento, combate à malária, combate de doenças transmissíveis e desenvolvimento de pesquisas de medicina tropical em convênio com o Instituto Evandro Chagas".⁽²⁹⁾

O Departamento Nacional de Endemias Rurais, criado em 1956, parece ser o ponto final na estruturação dos organismos de Saúde Pública nesse período. Seu objetivo era atuar sobre pontos críticos do território brasileiro no tocante às endemias e que se punham como obstáculo ao processo de desenvolvimento. Sua atuação abrangia basicamente o saneamento do meio, com especial destaque para vias principais de transportes e áreas com facilidades energéticas, riqueza de solo, riqueza mineral, concentração de mão-de-obra etc.

Nesse movimento, constatam-se "intentos de estender o atendimento médico-sanitário de massa... (inscrevendo-os)... nas transformações econômicas da época, que incluíam a aceleração dos movimentos migratórios internos, a interiorização da expansão econômica e... o aprofundamento da urbanização..." (30)

Em 1960, o Serviço Especial de Saúde Pública deixa de receber financiamento e manutenção internacional (Fundação Rockefeller), incorporando-se, como fundação, ao Ministério da Saúde.

Porém, subjacentes a essas transformações, encontram-se concepções importantes quanto ao significado e alcance das políticas de saúde pública:

- o raciocínio conhecido como círculo vicioso da pobreza e doença, que informa durante bastante tempo a prática sanitária brasileira. Tal raciocínio derivava a pobreza da doença. Nessa ótica, o combate à doença conduziria à eliminação da pobreza;
- a "cópia" de modelos de intervenção de outros países (centrais), vista como forma de obter o mesmo nível de saúde neles vigente;
- uma concepção conducente a um processo gradual de centralização que retira dos municípios e dos estados o poder resolutivo quanto às ações sanitárias. Braga e Góes de Paula (1981) chamam a atenção para o fenômeno da centralização, mostrando que este ultrapassa o âmbito do setor saúde, estando referido à "estratégia" de transformação e modernização do Estado Brasileiro a partir de 1930.

Desse modo, além de secundariamente colocada em termos de prioridade, a política de Saúde Pública parece ter tido seu funcionamento interno caracterizado por um modelo sanitarista com problemas no diagnóstico das causas do precário estado sanitário da população e mesmo nas soluções técnicas e financeiras que preconiza. Apenas na metade dos anos 50 é que se inverte a relação doença e pobreza na concepção predominante quanto à problemática sanitária.

Mostra-se, a partir daí, que o combate à pobreza é, por assim dizer, pré-requisito para o controle da doença. A fórmula adotada, porém, é fruto da ideologia desenvolvimentista, pecando por isso em outro ponto: julga-se que o desenvolvimento econômico trará consigo, necessária e automaticamente, a riqueza para todos e um melhor nível de saúde para o conjunto da população.

Essas contradições internas e externas da política talvez possam ser melhor apreendidas se tomarmos o comportamento geral do gasto governamental.

A análise do gasto em Saúde Pública no período 1956/64 mostra que este, apesar de favorável (58,8% de crescimento no período), apresenta um comportamento inconstante, assim como revela um movimento declinante iniciado em 1959 e que tem como consequência principal a chegada, em 1964, com um patamar de gasto inferior ao da quele ano. (31)

Dentre os programas desenvolvidos, é o de endemias rurais que absorve maior parcela dos recursos financeiros despendidos, embora também tivesse acompanhado o declínio verificado, no geral, entre 1959 e 1964. No entanto, parece ter sido o único programa do Ministério da Saúde a chegar em 1964 com um nível de gasto real superior ao de 1957 (67,2%).

Os programas restantes acompanham o movimento mais geral, ou seja, reduzem-se a partir de 1959, chegando em 1964 com níveis reais de gasto inferiores aos de 1957.

Esse é o quadro que configura a política de Saúde Pública no período. Por um lado, avança-se parcialmente, e esse avanço é perceptível tanto do ponto de vista institucional como no tocante ao gasto em programas do setor. Por outro lado, isso ocorre de forma limitada, devido às restrições que o Estado brasileiro enfrenta ao direcionar sua intervenção no campo social.

Tais limitações podem ser vistas tanto derivadas de fenômenos mais estruturais decorrentes da etapa do desenvolvimento eco

nômico, como decorrentes das próprias características do setor Saúde Pública dentro do conjunto da política social. Como os programas médico-sanitários destinam-se à população em geral, o grau de intervenção estatal responderá diretamente à capacidade de reivindicação e pressão dessa população. Dependerá, portanto, de condições políticas favoráveis que incorporem, no interior da arena de decisões governamentais, grupos organicamente representativos dos interesses das camadas subalternas situadas fora do setor industrial urbano.

Esses dois fatores conjugados indicam as razões que fazem com que o Sistema Previdenciário passe a predominar como prioridade em uma conjuntura com relativa liberdade de reivindicação e de movimentação política. O Sistema Previdenciário não só atende aos setores subalternos mais ativos e organizados politicamente, como simultaneamente privilegia os contingentes mais diretamente atrelados "às relações de assalariamento e de permanência ativa de mão-de-obra nos processos de trabalho, estreitamente vinculados portanto, à valorização do capital no processo de produção". (32)

Finalmente, as próprias condições sanitárias da população refletem o acima ressaltado. Se de um lado foi grande a melhoria dessas condições, principalmente em relação aos períodos anteriores, é também inegável que permanece de forma dramática o quadro de doenças infecciosas e parasitárias, e extremamente elevadas as taxas de morbidade e mortalidade infantil. (33)

1.3.2 - A Política de Atenção Médico-Hospitalar e Previdência e Assistência Social de 1945 a 1964

Na década dos 50 e no início da década dos 60, não acontecem, do ponto de vista institucional, grandes transformações no Sistema Previdenciário. Praticamente até 1966, não se constata na organização do Sistema nenhuma mudança significativa, como a criação dos Institutos e Caixas ocorrida no período anterior. É como se, no pós-45, se tratasse de "administrar" um esquema de funcionamento montado anteriormente, mas em um ambiente político mais aberto.

Mas se, do lado da organização, não ocorrem mudanças reais (só tentativas), com relação ao funcionamento interno da Previdência Social crescem as despesas com assistência médica e agrava-se a situação econômico-financeira do Sistema Previdenciário como um todo. Vejamos, portanto, o significado dessa ordem das coisas.

Em primeiro lugar, é necessário entender a política de Previdência e Assistência Social como entrelaçada à política sindical e trabalhista que caracteriza o período populista. Ou seja, como fazendo parte do conjunto de mecanismos que cristalizam a concepção corporativa de Estado, absorvendo controladamente, na vida política, as classes assalariadas, ao mesmo tempo que respondendo às demandas e pressões por melhores salários e condições de vida e trabalho.

Isso significa entender a política de Previdência Social tanto segundo seu papel de controle sobre as massas assalariadas, quanto por meio de seu papel mobilizador. Este último ponto de vista trata de uma política que suscita debates e se constitui, em vários momentos, em um núcleo através do qual são colocados e discutidos outros problemas mais gerais de participação dos setores assalariados no processo de decisão das políticas que norteiam o desenvolvimento brasileiro. É também um mecanismo institucional segundo o qual determinadas reivindicações dos trabalhadores são colocadas e atendidas.

Exatamente na simultaneidade desses dois processos (controle e mobilização) parece residir o entendimento do porquê de todas os projetos de unificação da Previdência Social surgidos no período serem obstaculizados, bem como a crise financeira e política que se vai formando no interior de diversos institutos não poder começar a ser contornada exceto a partir de 1960, quando a "simbiose entre sindicatos e a previdência social já havia perdido em termos relativos sua eficiência, na medida em que aqueles já haviam extravasado os limites definidos pelo próprio Estado Populista". (34)

A partir de 1945, com o reflorescimento da mobilização das classes e com a entrada em cena de partidos políticos de origem variada, os sindicatos e a Previdência Social passam a ser disputados na busca de dividendos políticos que são fornecidos pela estrutura institucional montada durante o Estado Novo.

O Sistema Previdenciário assume maior importância no jogo político-partidário, como fonte de barganha política em geral, e cumpre nos sindicatos papel de arregimentador de votos (e manutenção das lideranças) em troca de favores especiais. Desse aspecto resulta a inviabilidade de racionalização do Sistema Previdenciário como proposto nos projetos unificadores. Sua eficiência política, segundo Cohn (1980), reside exatamente na utilização das instituições previdenciárias como fonte de poder, quer pessoal, quer partidário.

É reforçada também, nesse período, a baixa eficiência da Previdência Social, traduzida em grande parte na pluralidade de normas e diversidade dos padrões de atendimento vigentes até 1960.

Nos casos onde o sindicato da categoria profissional é mais atuante, a unificação é também obstaculizada, mas por motivos diversos. É uma forma de transformar o funcionamento dos Institutos, de um padrão calcado nos velhos moldes clientelísticos que reforçam as orientações "peleguistas", em mecanismos de preservação e defesa dos direitos conquistados por determinadas categorias profissionais.⁽³⁵⁾ De qualquer forma, o que acaba sendo reforçado é exatamente a divisão dos segmentos subalternos cobertos pela Previdência em relação às suas reivindicações quanto aos destinos da política em questão.

Tal panorama se reflete em vários aspectos do funcionamento da Previdência Social, entre os quais se destaca o aumento de gastos em assistência, notadamente médico-hospitalar. Esse aumento é decorrente do "intenso processo de urbanização nas décadas dos 40 e 50, que colocou nas cidades uma massa assalariada em condições de trabalho e remuneração tais, que encontravam no esquema

previdenciário um complemento indispensável a suas rendas e a seu consumo básico, inclusive, por certo, os atos médicos destinados a recuperar sua saúde, isto é, recuperar sua própria capacidade de trabalho". (36)

Cabe notar que, ao lado do aumento da demanda por serviços médicos, os custos de atendimento sofrem um crescimento grande no período pós-45. Esse atendimento ocorre tendencialmente cada vez mais através de empresas médicas com finalidades puramente lucrativas. (37)

A partir de 1950, tem-se uma reversão da forma de gestão financeira dos Institutos. Esta sai de um sistema combinado - de capitalização e de repartição - que a partir de 1960 torna-se inviável, dada a escassez de capital, a insuficiência dos rendimentos das aplicações e de um volume crescente de despesas, e passa a gerir-se por um sistema de repartição.

A escassez de capitais se dava pelo lado da receita, em virtude do não-recolhimento da parcela da União e das empresas empregadoras. A isso se agregava a deficiência do rendimento patrimonial imobiliário, opção principal das aplicações no período, devido à má gestão, corrupção e bloqueios da receita imobiliária, ocasionados pela legislação do inquilinato em vigor. Quanto às despesas, além do crescimento das de assistência médica, ocorrem sucessivos reajustes, abonos, majorações nos benefícios e auxílios e elevação nas despesas administrativas. (38)

Cabe notar que essa situação global não se apresenta uniformemente distribuída para todos os Institutos. Estes tinham situações financeiras distintas e apresentavam qualidade de prestação de serviços e distribuição de benefícios também diferenciadas, o que reforçava a contratendência à unificação, como observamos.

O longo processo de tramitação da Lei Orgânica da Previdência Social - LOPS (13 anos) é de certa forma um bom exemplo das dificuldades para se obter algum tipo de consenso entre parlamenta

res, líderes sindicais, técnicos dos IAPs na direção da unificação da Previdência Social. Cohn (1980), ao analisar a trajetória desse projeto, apresentado em 1947, e transformado em lei em 26/08/1960,⁽³⁹⁾ ressalta que os objetivos mais ambiciosos e avançados da proposta inicial não foram contemplados na lei. Afirma que, em linhas gerais, há um inequívoco recuo da LOPS aprovada em 1960 em relação às propostas iniciais do primeiro projeto de lei, o que revela o caráter conflitivo de seu processo de tramitação.

Ressalta-se, nesse episódio, a importância e a especificidade do caráter da Previdência Social no período, ou seja, a "impossibilidade" de uma racionalização administrativa em benefício do próprio Sistema Previdenciário. Isso porque essa unificação representaria, sem dúvida, a desarticulação, no sentido mais restrito, de um conjunto de interesses de algumas categorias profissionais. E do ponto de vista político mais amplo, o desaparecimento de uma fonte de poder político importante consubstanciada em barganhas e acordos, onde esse processo de racionalização era mais um elemento de negociação do que um objetivo a ser cumprido.

Tal obstáculo se encerra quando esse papel cumprido pela Previdência deixa de ser exercido, pois o conflito político já extravasa em muito os limites puramente institucionais.

Desse modo, sobram os problemas, anteriormente apontados, e que são solucionados de acordo com as regras do jogo mais amplo definido no pós-64. Sob uma capa de racionalidade técnica, realizam-se as gestões para a unificação do Sistema Previdenciário, o que possibilitará grandes mudanças, como por exemplo:

- a geração de uma nova diferenciação: agora não mais em termos de categorias profissionais, mas sim em termos de qualificação da força de trabalho empregada;
- o desenvolvimento de um acentuado processo de capitalização do setor médico-hospitalar, através de uma política vigorosa de repasse de recursos às empresas médicas prestadoras de serviços em processo acelerado de crescimento;

- a ausência total de mecanismos de representação dos interesses das classes subalternas, deixando livre a arena de negociações daquele que seria o maior interessado na política;
- o avanço contraditório para um sistema que universaliza cada vez mais os serviços prestados, aumentando a sua cobertura em termos de clientela, mas com mecanismos institucionais e financeiros que, simultaneamente, beneficiam muito mais a manutenção da lucratividade daqueles que prestam serviços ou produzem insumos (medicamentos e equipamentos hospitalares) para o setor, e os interesses da burocracia que dirige os órgãos governamentais encarregados de sua implantação.

No âmbito dessas contradições é que se estabelece um novo formato de política de Saúde, Assistência Médica e Previdência Social a partir de 1966, com a criação do INPS.

1.3.3 - Notas sobre a Política Social Brasileira de 1945 a 1964

Caberia, finalmente, realizarmos uma síntese do movimento geral que delineia a política social no período 1945/64.

Parece correto insistir na relativa paralisia que caracteriza o período Dutra, em termos de modificações no perfil de intervenção estatal no campo social, tendo-se quase uma continuidade do esquema armado e desenvolvido principalmente durante o Estado Novo, exceção feita à montagem do Plano SALTE.

Esse plano estabelecia para o setor Saúde verbas destinadas a campanhas de combate à malária, tuberculose, verminose, pestes, lepra, febre amarela, tracoma, câncer; estabelecia verbas também destinadas à assistência médico-hospitalar e sanitária, assim como à higiene e segurança do trabalho. Além disso, previa recursos para a construção de uma Escola Nacional de Saúde Pública e de institutos e laboratórios oficiais para a produção de medicamentos.

Outra área afeta à questão social, que recebe atenção des

se plano, é o setor de Alimentação. Nele se prevêem programas de investimentos para crédito e melhoria das condições de cultivo da agricultura de alimentos para consumo interno e para exportação.

No entanto, o problema mais geral é que os objetivos do Plano SALTE parecem ter encontrado dificuldades para se realizar, devido, principalmente, a problemas de indefinição sobre as fontes de financiamento que canalizariam recursos para os diferentes programas setoriais.

Prova disso é que, elaborado em 1948 pelo DASP, com um horizonte de aplicação de cinco anos, o Plano só é aprovado dois anos mais tarde (Lei nº 1102 de 18/05/50), após a tramitação no Congresso Nacional, e praticamente arquivado em 1952.

Essa linha de continuidade e relativa estabilidade, que caracteriza o período do ponto de vista de mudanças substanciais, é alterada durante o segundo Governo Vargas (1951-54).

Pode-se constatar que é nesse período, mais do que em qualquer outro desde 1930 e até 1964, que é formulado um projeto de política social amplo e sobretudo organicamente vinculado às linhas estratégicas da política econômica global, as quais se dirigiam à implantação de uma dinâmica capitalista centrada nas indústrias de base (meios de produção e insumos gerais).

Se, do ponto de vista desse novo padrão de política, a inflexão que se observa no segundo Governo Vargas está centrada basicamente na criação de mecanismos superiores de centralização e coordenação, na utilização da empresa pública como instrumento ágil e flexível para a implantação das metas setoriais, na criação de um banco de investimentos (no caso o BNDE) e em novas formas de articulação do empresariado com o Estado, no campo social as modificações propostas não seriam menores. (40)

De fato é concebido um projeto de política de bem-estar social que não se vale da constatação do baixo nível da riqueza na

cional para postergar as medidas de melhoria das condições de vida da população, mas, ao contrário, formula tal projeto de modo a conceber uma política que seja sustentada pelo próprio "desenvolvimento orgânico dos alicerces da economia do país" (Vargas in Mensagem de 1951, pág. 73 a 99).

Esse projeto tinha como linha mestra de implantação a criação de uma Comissão Nacional de Bem-Estar (criada em 29/09/51) junto ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Tal comissão visava promover estudos e tomar providências indispensáveis à estruturação de uma política para a melhoria das condições de vida do povo brasileiro. Para tanto, organizam-se diversas subcomissões (Seguro Social, Serviço Social, Habitação, Saúde, Indústrias Domêslicas e Artesanato, Colonização e Bem-Estar Rural, Recreação e Cultura e Assistência Técnica), sistematizando a ação estatal na área, até então dispersa e fragmentada.

Além disso, cria-se o Instituto Nacional de Imigração e Colonização (1952), para atender aos projetos econômicos e sociais do setor agrário, iniciando-se a implantação do Serviço Social Rural, estruturado de forma similar ao SESI e SENAI. Esse Serviço cobriria as áreas de serviços médico-sanitários, de economia domêstica, artesanato, recreação, indústrias rurais e educação de base.

Em 1951, o Governo Vargas tenta também estabelecer uma série de políticas estatais que tratem da melhoria das condições de abastecimento e alimentação nas cidades, da elaboração de planos de emergência e socorro à população atingida pelas secas, da realização de pesquisas sobre técnicas de produção alimentar. Tais tentativas são feitas através da reativação, em 1951, de uma Comissão Nacional de alimentação que havia sido criada em 1945.

Para coordenar a política de preços e regularizar o abastecimento urbano, cria-se, em 1951, a Comissão Federal de Abastecimento e Preços - COFAP, contando com representantes da indústria, comércio, lavoura e pecuária, da imprensa, das forças armadas, das cooperativas de produção e consumo, e com a participação de técni

cos do Ministério da Fazenda, Agricultura, Viação e Obras Públicas, Banco do Brasil e Prefeitura do Distrito Federal.

Além disso, dentro de uma ação global que visava contemplar os imperativos de coordenação e compatibilização de políticas através de uma ampla e radical reforma administrativa, propõe-se a criação, entre outros, de um Ministério da Previdência Social, que garantisse setorialmente a implantação das diretrizes gerais que fluiriam da comissão central de planejamento e controle.

Todo esse esquema, propondo um salto qualitativo importante na ação governamental relativa ao campo social, encontra limites na sua implantação.

Em primeiro lugar, é preciso ter claro que a base econômica existente naquele momento constituía, em si mesma, uma limitação estrutural importante. Se uma reforma tributária e financeira (aliás preconizada por Vargas) aparece como fundamental para a "decolagem" do gasto estatal, tanto em setores econômicos quanto sociais prioritários, é necessário ter presente que o nível de atividade econômica existente impunha limites muito estreitos à possibilidade de ampliação da capacidade de tributação do Estado.

Em decorrência, a hierarquização dos gastos estatais impunha a subordinação da política social, pela razão estrutural de que o próprio progresso social depende, em última instância, da solidariedade do Estado com essa nova etapa de industrialização. Esse problema, aliás, parece ter sido claramente percebido pela coalizão governante, na medida em que aparece explícito no discurso governamental que a política social não pode mais ser postergada, devendo ser construída, ainda que subordinadamente, junto com os alicerces implantados para o desenvolvimento econômico.

Outro problema que se coloca diante de um projeto de tal envergadura, e mesmo de forma mais estrutural, é o perfil eminentemente urbano das políticas sociais. Durante todo o período 1930/64, e mesmo até recentemente, estas contemplam apenas os segmentos das

classes subalternas inseridas direta ou indiretamente na produção industrial e no setor de serviços dos grandes centros urbanos.

A questão que se coloca a seguir refere-se ao formato dos aparelhos estatais que implantariam as ações de política social. Por diferentes razões, acaba não sendo viabilizada nenhuma proposta de reformular a forma de organização da intervenção estatal no campo social, através de organismos ágeis e com maior capacidade operacional que os existentes. Fica, portanto, como alternativa implícita aquela da utilização progressiva da compra de serviços de terceiros, permanecendo os órgãos estatais propriamente ditos como que "emperrados" ante um elenco de questões que necessitariam, no mínimo, um conjunto de ações ágeis e flexíveis.

Essa dinâmica, que se consolida ao longo do tempo à medida que as agências governamentais vão constituindo-se cada vez mais como centrais de captação e repasse de fundos para os setores privados acoplados em torno de uma forma cada vez mais capitalista de prestação de serviços públicos no campo social, é bastante diferente dos arranjos institucionais realizados nos diversos setores da infra-estrutura econômica, onde se consegue definir formas de engajamento dos capitais estatais e privados nacionais e estrangeiros, complexas, ágeis e que viabilizam as metas de crescimento econômico esperadas.

Na outra face dessa moeda, que diz respeito à constituição de uma "ossatura" institucional adequada à viabilização de um conjunto de políticas sociais desse porte, estão as dificuldades com que se defrontaram os projetos de centralização, unificação e uniformização dos aparelhos previdenciários, ponto importante da política social.

Em relação a esse problema, já tratado em outros pontos deste capítulo, cabe ressaltar novamente a idéia de como tanto no sentido mais restrito (conjunto de interesses das burocracias situadas no comando desses aparelhos e usufruindo de vantagens daí derivadas) quanto no mais geral (tipo de articulação político-par

tidária, entre coalizão governante e classes subalternas e todo o jogo de interesses daí derivados), as modificações propostas alterariam as formas características de articulação/dominação/mobilização vigentes durante o período.

É possível pensar que o formato da Previdência Social unificada levaria, sem dúvida, a uma forma superior de dominação, porque mais ampla, difusa, complexa e centralizada. Mas cabe lembrar também que esse movimento, que visaria dar continuidade e consistência ao geral, teria um rebatimento desarticulador sobre interesses de grupos e facções que durante bastante tempo conseguiram, por razões diferentes é verdade, obstaculizar as reformas, ainda que se arriscando a expor ao limite a capacidade de sobrevivência do Sistema Previdenciário.

Neste momento, cabe lembrar e destacar que, durante 1930/64, é no segundo Governo Vargas que se visualiza uma inserção dos interesses dos setores dominados na armação institucional do Estado de forma mais forte e consistente. Isso não quer dizer que não se visualize o outro lado desta moeda, ou seja, o fato de estar-se constituindo simultaneamente uma forma superior de dominação no próprio processo de definição e construção dos órgãos da área social do Estado. Chamamos a atenção somente para como as lutas sociais e as pressões das massas obrigam a respostas institucionais e materiais do Estado, onde, objetivamente, interesses dos setores dominados serão minimamente contemplados e observados.

Assim, o segundo Governo Vargas se torna importante como o momento em que se tenta partir para o confronto e superação desses limites estruturais que apontamos.

O Governo Kubitschek significou a superação dos obstáculos à constituição do núcleo base da industrialização, mas nosso ponto é que, nesse período, a simultaneidade implicada no equacionamento paralelo da política de bem-estar é abandonada. O programa político-econômico implicava a concepção de que a sustentação das taxas de salário real e a expansão do nível de emprego deveriam

constituir-se em conseqüências do progresso econômico e, por derivação automática, alicerces do progresso social.

Uma vez esgotado o auge econômico de 1956/60, contudo, a crise econômica e política de 1961/64 irá revelar as possibilidades últimas do esquema de política social montado desde 1930, como ilustra bem a "performance" dos institutos previdenciários. O agravamento dessa crise econômica global, por sua vez, passa a bloquear a sustentação estatal daquele esquema, do que decorre a queda do gasto em saúde pública, a ausência de políticas governamentais amplas para a habitação, o saneamento básico, o abastecimento urbano, os transportes coletivos etc. Ao mesmo tempo, frações dos setores dominados colocam-se ante a possibilidade de promover um salto qualitativo no modo de inserção de seus interesses no âmbito do Estado e o fazem pressionando-o não para a consecução de políticas governamentais de bem-estar, mas sim para a realização das grandes reformas estruturais, pressões essas que compõem o complexo quadro da crise política de então.

No período pós-64, - derrotada a coalizão Aliança Nacional Popular no seu projeto de dirigir a transformação da natureza do Estado, assiste-se a uma remodelação institucional dos aparelhos de política social em que os aspectos econômicos e políticos estão invertidos em relação ao segundo período Vargas. Em outras palavras, nessa altura está constituído o poder tributário e financeiro do Estado para fazer face àquelas políticas, não só pelas reformas implantadas - contribuições previdenciárias, FGTS, PIS-PASEP, salário-educação etc. - como pela própria base econômica ampliada com a industrialização. Mas, de outro lado, a representação dos interesses das classes subalternas no aparelho estatal encontrar-se-á fortemente limitada, no referente à possibilidade de participarem do processo de definição das políticas associadas, de alguma forma, ao conjunto de suas necessidades.

Notas

- (1) Destacam-se entre eles os trabalhos de Braga e Góes de Paula (1981) e de Oliveira e colaboradores (1978).
- (2) A noção de "questão social" é aqui entendida segundo a linha de argumentação desenvolvida por J.C. Braga (1978). Segundo esse autor, a noção de questão social apreende fenômenos complexamente determinados, sendo que "a gênese e transformação desses fenômenos constituem manifestações concretas das formas através das quais se reproduzem as relações sociais de produção... (manifestando-se além disso) nas práticas políticas e ideológicas e (constituindo-se tendencialmente)... em objeto de políticas do Estado". Ainda segundo esse autor, "o desenvolvimento capitalista... constitui, como questões sociais, entre outras, aqueles processos relacionados à formação e reprodução da força de trabalho para o Capital. E num mesmo movimento constitui o Estado no organismo por excelência a regular e responder a tais questões. Ao fazê-lo, o Estado, como Estado capitalista e nacional, amplia-se, 'atribuindo-lhes' um caráter geral e universal. No Brasil, o caráter tardio do desenvolvimento capitalista coloca precocemente ao Estado tais problemas. Tanto porque o Estado se antecipa ao movimento das forças sociais, assumindo práticas que 'classicamente' pertenciam à iniciativa das classes, quanto porque, mesmo nas primeiras etapas de sua formação, deve minimamente atuar como Estado Nacional. Assim pensada a questão social... (é possível)... apreender diferentes processos e suas respectivas políticas de regulação distribuídas por diferentes planos: o da regulação do mercado de trabalho e do processo de trabalho (política de migração, legislação trabalhista, política salarial, regulação da jornada de trabalho etc.); o da normatização da atividade política (organização e controle sindical, legislação do direito à greve etc.); o da composição do consumo dos assalariados (saúde, habitação, educação etc.); o da composição das 'rendas de trabalho' (como, por exemplo, o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS, Programa de Assistência dos Servidores Públicos - PASESP)", (p. 179).
- (3) Cf. Braga e Góes de Paula (1981), pág. 44.
- (4) Cf. Braga e Góes de Paula (1981), pág. 49.
- (5) Ver Cardoso de Mello, (1975) e Aureliano da Silva, (1976) entre outros sobre este aspecto.
- (6) Ver, em relação a este aspecto, Tavares de Almeida, (1978) e Draibe, (1980).
- (7) Em relação a este aspecto, consultar Malloy, (1979).
- (8) Cf. Braga e Góes de Paula (1981), pág. 52.
- (9) Os Departamentos Estaduais de Saúde passam formalmente a conter uma Diretoria, uma unidade coordenadora de órgãos centralizados (serviços de combate à tuberculose, lepra etc. e uma outra coordenação de órgãos descentralizados (centros de saúde e postos de higiene).
- (10) Braga e Góes de Paula (1981), pág. 55.
- (11) Para maiores detalhes vide, entre outros, Tavares de Almeida (1978).

- (12) No período 1930/33, as análises disponíveis indicam a presença estatal priorizando a normatização das relações capital/trabalho no interior do processo produtivo. As questões relativas a benefícios, auxílios, pensões etc., incorporadas posteriormente ao esquema de Previdência Social, continuam neste período resolvendo-se mediante acordos diretos entre empregado e empregadores, ainda que pelo Decreto nº 20.465, de 01/10/31, houvesse uma primeira regulamentação das CAPs, uniformizando sua estrutura, atribuições e procedimentos e estendendo o regime das Caixas aos diversos serviços públicos, como os de água, esgoto e eletricidade. As medidas do período 1930/33, listadas no trabalho de Santos (1979), confirmam essa interpretação, como segue abaixo:
- a) criação em 1930 do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (Decreto nº 19.669 de 04/02/31);
 - b) criação da carteira profissional obrigatória para trabalhadores urbanos (Decreto nº 21.175 de 21/03/32, regulamentado pelos Decretos nº 21.580, de 29/06/32, e nº 22.035, de 29/10/32);
 - c) estabelecimentos, pelos Decretos nº 21.186, de 22/03/32, de nº 21.364, de 04/05/32, de oito horas para jornada de trabalho dos comerciários e trabalhadores da indústria. Um pouco mais tarde, pelo Decreto nº 21.417/A de 17/05/32, disciplina-se o trabalho feminino (proibição do trabalho noturno, regras de proteção à gestante, salários não-discriminatórios). É autorizado alguns meses depois (outubro de 1932) a elevação da jornada de trabalho para 10 a 12 horas no comércio, desde que com pagamento de horas-extras;
 - d) fixação em 14 anos do limite mínimo de idade para o emprego do menor, proibido o trabalho noturno e estabelecida a jornada com o máximo de oito horas, pelo Decreto nº 22.042, de 03/11/32;
 - e) criação, em 1932, de inspetorias Regionais do Ministério do Trabalho nos Estados da Federação e no Acre e, em seguida, em 1933, atribui-se a elas a incumbência da expedição da carteira de trabalho federal. Ainda em 1932, são criadas, também, Juntas de Conciliação e Julgamento nos Estados, destinadas a solucionar conflitos trabalhistas.
- (13) O próprio IAPM sofre quatro reformulações consecutivas, em um período de um ano, até atingir uma estrutura final via o Decreto nº 54, de 12/09/34, que estabelece o seu financiamento dentro de um esquema formalmente tripartite (empregados, empregadores e União com contribuições idênticas), concedendo benefícios de aposentadoria ordinária e por velhice, pensão a herdeiros, auxílio-maternidade e assistência médica.
- (14) Cf. Cordeiro e Fiore (1980), pág. 78.
 - (15) Cf. Cordeiro e Fiore (1980), pág. 78.
 - (16) Citado in Oliveira e colaboradores (1978), pág. 167.
 - (17) Cf. Oliveira e colaboradores (1978), págs. 172 a 177.
 - (18) Cf. Cordeiro e Fiore (1980), pág. 89.
 - (19) Esse ponto, de importância crucial para o desenvolvimento da Previdência Social e da política de assistência médica no seu interior, no período que vai da queda do Estado Novo à criação do INPS (1945-1964), será objeto de análise na parte subsequente deste trabalho.

- (20) Para maior detalhamento, vide Barroso Leite e Paranhos Velloso (1967), págs. 60 e 70.
- (21) Cf. Cohn (1980), págs. 24 a 26.
- (22) O regime de repartição simples consiste em fixar, anualmente, a contribuição destinada ao custeio das despesas previstas para o mesmo ano. Dessa forma, o volume de recursos arrecadados é gasto em benefícios e serviços, não havendo a necessidade de contenções de despesa para a formação de fundos de reserva, cf. Barroso Leite e Paranhos Velloso (1963), págs. 70 a 72.
- (23) Oliveira (1980), págs. 316/7.
- (24) Cf. Braga e Gões de Paula (1981), págs. 68 a 71.
- (25) Cf. Braga e Gões de Paula (1981), pág. 56.
- (26) Cf. Braga e Gões de Paula (1981), pág. 67.
- (27) Cf. Braga e Gões de Paula (1981), pág. 67.
- (28) Cf. Braga e Gões de Paula (1981), pág. 57.
- (29) Cf. Braga e Gões de Paula (1981), pág. 57.
- (30) Cf. Braga e Gões de Paula (1981), pág. 58.
- (31) Cf. Braga e Gões de Paula (1981), pág. 62.
- (32) Braga (1978), pág. 25.
- (33) Vide nota 45 - in Braga e Gões de Paula (1981), pág. 62 - que resume diagnóstico realizado pelo sanitarista Mário Magalhães da Silveira.
- (34) Cf. Cohn (1980), pág. 104.
- (35) O exemplo mais marcante de uma atuação nesse sentido é o do IAP dos bancários. - Cf. Cohn (1980), pág.
- (36) Cf. Braga e Gões de Paula (1981), pág. 71.
- (37) Cf. Braga e Gões de Paula (1981), pág. 72.
- (38) Cf. Braga e Gões de Paula (1981), pág. 81.
- (39) Cabe destacar que um passo adiante no caminho da unificação é dado em 1953 com o Decreto nº 34.586, de 12/11/53, que determina a fusão das CAPs criando a CAPSFESP.
- (40) Para maiores detalhes consulte-se, entre outros, Draise (1980).

2 - A POLÍTICA DE SAÚDE PÓS-64: ÊNFASE MÉDICO-ASSISTENCIAL PRIVA-
TISTA COM GERÊNCIA ESTATAL

O período que se inicia após o golpe militar de 1964 é marcado por profundas transformações na política governamental no campo da Atenção à Saúde.

As modificações efetuadas alteram simultaneamente:

- o formato de organização da intervenção estatal no setor;
- a forma de financiamento e a natureza do gasto público nos diferentes programas que passam a ser criados e implementados;
- a abrangência da política em termos da clientela atendida;
- o tipo de programas de atendimento que passam a ser privilegiados;
- a relação dessa política com outras políticas governamentais nos campos social e econômico;
- a forma de participação dos segmentos subalternos da sociedade no processo de decisão e implantação da política estatal para o setor.

Essas mudanças que alteram de forma significativa a intervenção estatal mantêm relações estreitas com as transformações mais gerais que ocorrem no processo de desenvolvimento econômico-social e nas regras do jogo político a partir da metade da década dos 60.

Isso significa, mais precisamente, perceber que a natureza, o alcance e os limites dessa política governamental estão determinados pelas relações, contraditórias ou não, que mantêm com:

- a política econômica adotada no período pós-64;
- as regras do jogo político estabelecidas e com os diferentes projetos de direção política das coalizões governantes que se sucedem;

- as articulações entre os interesses públicos e privados que se relacionam diretamente com a política em questão nos momentos de formulação e implementação dos diferentes programas que a compõem;
- o quadro de saúde da população.

Por meio dessa dupla perspectiva de análise - exame dos diferentes fatos, realizações, programas etc. que materializam a política de saúde no pós-64 e sua articulação com os movimentos mais gerais da dinâmica política, econômica e social do Brasil - procurar-se-á demonstrar a natureza e o sentido da intervenção estatal em Saúde.

O objetivo deste capítulo é reconstituir o processo de estruturação e implementação de uma nova etapa da intervenção estatal no setor, entre 1964 e o final dos anos 70. Para isso, privilegiaremos, na análise, os principais planos, programas, relatórios governamentais e alterações organizacionais ocorridos, suas ligações com a política social do governo e seus determinantes principais.

Em simultâneo, tentar-se-á estabelecer quais os interesses sociais que o formato assumido pela política estatal em Saúde parece privilegiar.

O período aqui estudado (1967-1980) parece indicar a persistência de um mesmo formato básico de intervenção estatal, apesar de se observarem variações, notadamente no campo político-organizacional. O que se procurará destacar, ao tomá-lo como um todo, é que as alternativas formuladas em relação à linha predo-
minante de intervenção e mesmo as tentativas de transformá-la acabam sendo infrutíferas, ou seja, não vigorando de fato.

Pretende-se, dessa forma, defender a hipótese de que as características principais da política social em Saúde mantêm-se inalteradas ao longo desse período, o que acabará materializando-se no esgotamento das condições de vigência dessa forma particu-
lar de estruturação das ações governamentais no setor. Esse processo,

que ocorre progressivamente, colocará no início dos anos 80 a "necessidade" de transformação das bases em que se sustenta a política, bem como qual o espectro de alternativas de mudanças disponíveis.

2.1 - O PERÍODO 1964/67: ESTRUTURAÇÃO DE UM NOVO FORMATO DE INTERVENÇÃO

No período pós-64, ocorre uma remodelação política, institucional e financeira do conjunto de organizações governamentais ligadas às políticas estatais de corte social. Inverte-se em dois aspectos o perfil dessas políticas, quando comparadas com o formato de intervenção processado até então. A partir desse momento, o poder tributário, financeiro e organizacional do Estado, para enfrentar as questões através de políticas nacionais mais abrangentes, será logrado não só pelo conjunto de reformas gerais que se realizam (administrativa, tributária e fiscal), e que irão contemplar a unificação da Previdência Social, a criação do Banco Nacional de Habitação, o estabelecimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS, o salário-educação, entre outras, como também pela própria transformação da base econômica nacional ampliada com a industrialização.

Ao mesmo tempo, transformam-se de maneira não menos significativa os mecanismos de representação dos interesses das classes subalternas em face do processo de decisão das prioridades de governo. A partir de 1964, encontrar-se-á fortemente limitada a participação dessas classes no processo decisório estatal em defesa de suas necessidades e interesses.

Esses dois aspectos, que sintetizam o sentido das transformações que se iniciam pós-64, fazem parte do novo pacto de poder que vigorará a partir de então, expressando as bases de um novo conjunto de alianças entre os segmentos dominantes de nossa sociedade e o aparelho estatal.⁽¹⁾

As reformas realizadas nas políticas de corte social não retiram as conquistas formais dos trabalhadores, devidamente incorporadas como questões de Estado e objeto de políticas governamentais específicas.⁽²⁾ Ao contrário, essas reformas aumentam sobremaneira a capacidade de intervenção estatal no campo social. Entre tanto, ao sedeslocarem as relações entre o aparato estatal e as classes subalternas, de uma situação corporativa (e que permitia sua inclusão na cena política através, entre outras, das organiza

ções sindicais e previdenciárias) para outra de caráter tipicamente assistencial, passa a legitimar-se uma prática no campo das ações de governo, onde as classes subalternas são consideradas formalmente objeto passivo dos benefícios emanados de um Estado que se auto-intitula moderno, tecnocrático e conhecedor das necessidades e interesses dessas classes.

Na visão governamental da época, a partir desse padrão de relações, estar-se-ia expurgando ademais as influências políticas tão distorcentes da ação estatal no campo social e responsáveis por um "pretens" caos existente no período pré-64. Dessa forma, não se considera mais viável que as classes subalternas disponham de mecanismos institucionais formais para questionar a natureza e a direção das políticas governamentais que se sucedem a partir de então.

Esse duplo processo — de exclusão dos mecanismos de participação das classes subalternas nas decisões estatais e de reformas que potencializam a capacidade de intervenção governamental em todos os campos, inclusive o social — possibilita que os interesses de outros segmentos sociais a nível da própria burocracia estatal e dos diferentes setores empresariais que se especializam na produção de bens e serviços consumidos pela população, através da intermediação estatal, passem a deter amplo espaço de manobra e de liberdade de decisão.

A partir de então, esse fenômeno irá condicionar, em vários aspectos essenciais, a dinâmica das políticas governamentais de corte social.

No sentido de demonstrar a influência desse duplo processo no caso da política estatal em Saúde examinemos as alternativas em disputa no período 1960/64.

Luz (1979) aponta para a existência de quatro linhas diferenciadas de proposição do encaminhamento das políticas governamentais no campo da Atenção à Saúde:⁽³⁾

- a médico-assistencial privatista que propugnava a extensão dos cuidados médico-hospitalares, via a expansão dos serviços de assistência médica a cargo dos diferentes Institutos de Aposentadoria e Pensões, através da utilização do setor privado prestador de serviços, com a livre escolha do médico pelo paciente. Essa vertente era defendida pela Associação Médica Brasileira - AMB e encontrava no IAPI um certo respaldo para tal pretensão, ainda que de maneira discreta, uma vez que essa era a forma pela qual esse Instituto desenvolvia os serviços de atendimento médico à sua clientela;
- a médico-assistencial estatista que propugnava, ainda que de maneira conciliatória com a modalidade anterior, a expansão dos serviços médico-hospitalares através da ampliação da rede própria de serviços dos Institutos e, principalmente, do fortalecimento do sistema de comunidades de serviços. Essa corrente era defendida pelo Departamento Nacional de Previdência Social - DNPS, notadamente durante a gestão Dante Pellacani. Também não era explicitada claramente, na medida em que, em simultâneo, esse mesmo organismo convivia com e apoiava a utilização de serviços contratados à rede privada prestadora de serviços. Nas palavras de Cordeiro (1981), caracterizava-se como "uma tentativa de encaminhar o problema dos Institutos e, em particular, a assistência médica, para uma solução conciliatória dos vários modelos existentes, mas que salvaguardasse esta prestação da privatização generalizada e privilegiasse, o quanto fosse possível, os serviços próprios. Isso seria conseguido como resultado do debate dentro da tecnoburocracia, mas que contava com a participação das partes interessadas, através de seus órgãos representativos".⁽⁴⁾
- a sanitarista campanhista - alternativa que predominava no Ministério da Saúde - MS desde a década dos 40, e que só foi fortemente questionada no início dos anos 60. Priorizava o combate das doenças de massa através de grandes campanhas, cuja validade operacional era dada pela sua grande cobertura em termos populacionais, por seus custos reduzidos e resultados "práticos" a curto prazo. Expressa uma visão exclusivamente sanitária de

combate às doenças de massa, acompanhada de propostas saneadoras, imunizantes e erradicadoras, materializada nas práticas "rotineiras" campanhistas do Ministério da Saúde.

- a sanitaria desenvolvimentista, onde a doença aparece como si nônimo de subdesenvolvimento e o Estado como o responsável pela saúde de população entendida em termos amplos, ou seja, de condições globais de vida.

Examinemos com maior detalhe essa última vertente, pois ela tem como suposição implícita a necessidade de implantação de um projeto de desenvolvimento industrial nacional-popular, que se materializava em reformas de base a níveis sócio-econômico e político, de modo a elevar a produtividade e os níveis de geração e distribuição de riqueza social. Nessa alternativa, distingue-se e desvincula-se o sanitarismo (ações médicas) de condições sanitárias (condições derivadas da estrutura sócio-econômica). Incentiva-se o desenvolvimento da empresa nacional no campo farmacêutico, a planificação da economia a níveis urbano e rural, no sentido de elevar a renda de todos os segmentos subalternos da população brasileira, eliminando, assim, a pobreza e com ela a subnutrição desses segmentos.

Segundo o sanitarista Mário Magalhães Silveira,⁽⁵⁾ essa vertente consegue formular, na III Conferência Nacional de Saúde (1963), definições básicas sobre como deveriam ser os Planos de Saúde, embasados numa filosofia de ação calcada na:

- demonstração das íntimas relações entre Saúde e economia;
- necessidade da existência de uma estrutura permanente de Saúde;
- definição de que essa estrutura deveria ser de responsabilidade municipal, embora com assistência técnica e mesmo financeira das outras esferas de governo;
- visão de que essa estrutura não deveria ser superdimensionada, mas adequada às possibilidades e necessidades de Saúde em cada município, recomendando, para tanto, a ampla utilização de pesu

soal a nível auxiliar;

- definição de que as unidades locais de Saúde teriam como principais funções: primeiros socorros, vigilância epidemiológica, fiscalização de alimentos, imunizações, atividades estas que não necessitam da figura do médico.

Nessa mesma Conferência, é apresentado um plano de ação pelo Ministério da Saúde, que continha as seguintes diretrizes gerais:

- "- prioridade para os programas de saúde que beneficiem ao maior número de pessoas e a custos mais reduzidos;
- atendimento dos dados da estrutura demográfica na seleção dos beneficiários da assistência governamental;
- eliminação das fontes de desperdício de recursos e correção dos níveis de ociosidade na utilização do equipamento existente;
- subordinação dos programas às disponibilidades efetivas de recursos das comunidades;
- reestruturação dos MS como órgão normativo, incentivando-se a descentralização executiva;
- fomento à pesquisa e à formação de pessoal técnico, de acordo com a demanda real dos programas;
- fortalecimento da indústria farmacêutica estatal para atender à ampliação da assistência em medicamentos;
- apoio ao planejamento no campo da Saúde e sua integração no plano geral de desenvolvimento econômico e social;
- proposição de um plano de metas de Saúde que fizesse parte do Plano Trienal".⁽⁶⁾

Nessas metas se percebe claramente tanto a orientação contrária ao estabelecimento de uma política em Atenção à Saúde calcada no atendimento médico-hospitalar, como também a um modelo de medicina sanitária-hospitalar (centrada na mão-de-obra do médico), propondo-se um modelo de cobertura em níveis crescentes de complexidade. Enfatiza-se também a discordância com o modelo sanitário atribuído à SESP, que tem como base os modelos sanitários americanos, dado que o Plano considerava "a nosologia de cada população como sendo de fato, uma decorrência de sua estrutura econômica; assim, os problemas sanitários dos países subdesenvolvidos são peculiares a esta condição, de forma que as atividades médico-sanitárias também são distintas e devem por isso, corresponder a essa estrutura".⁽⁷⁾

Das quatro alternativas referidas é preciso destacar, em primeiro lugar, que pelo menos duas delas - a médico-assistencial estatista e a sanitarista desenvolvimentista - contemplam a participação das classes trabalhadoras no processo de definição da política em Atenção à Saúde que preconizam. A primeira através da própria representação dos trabalhadores no DNPS e a segunda tanto no que diz respeito à definição do estilo de desenvolvimento sócio-econômico em que se fundamenta, quanto através de sua visão descentralizadora da execução dos programas que pretendia desenvolver.

Em segundo lugar, as alternativas diferem entre si quanto ao caráter e à natureza de suas propostas. Ou seja, a visão sanitarista desenvolvimentista propugna um plano amplo, abrangente e integrador das ações de Saúde, acabando com a dicotomia dada pela existência de duas redes de atendimento distintas. As outras propostas, notadamente aquelas ligadas à vertente médico-hospitalar, apesar de lutarem pela expansão dos serviços neste nível, admitem explicitamente constituírem-se em uma parcela das ações estatais no campo da Saúde, lado a lado com as ações no campo da Saúde Pública. A proposta sanitarista campanhista, apesar de não manifestar-se explicitamente quanto a esse ponto, parece ater-se ao seu campo específico de atuação nos termos em que o define.

Entre 1963 e 1964 a vertente sanitaria desenvolvida parece tornar-se aquela dominante no debate sobre as políticas estatais em Saúde.

O processo de consolidação dessa proposta, enquanto política governamental é interrompido pelo golpe militar de 1964, dada a afinidade com as propostas do movimento nacional-popular. A alternativa de expansão dos serviços próprios dos IAPS, que era a base da proposta médico-assistencial estatista, também parece perder "espaço político", dada a reorientação completa que se processa no conjunto de organizações estatais ligadas às áreas trabalhista e previdenciária.

Assim, permanece no cenário que se abre daí para a frente, o conjunto de interesses ligados à extensão das ações de saúde de natureza médico-hospitalar com participação do setor privado e aqueles embutidos no MS que, ao preconizarem o seguimento das ações campanhistas desse órgão, nem estavam diretamente ligados ao movimento nacional-popular, nem interferiam com os interesses médico-assistenciais privatistas.

Os interesses englobados aqui sob a denominação de médico-assistenciais privatistas, no entanto, não possuíam autonomia para impor de maneira isolada, através da influência da AMB,⁽⁸⁾ um modelo de Atenção à saúde a ser adotado pelo governo. Com isso, queremos destacar que o setor privado prestador de serviços de saúde não possuía, naquele momento, poder de pressão política para tanto. Sua força, a nosso juízo, residia principalmente no fato de estarem ligados à burocracia do IAPI. Esta, por sua vez, ao longo da história desse Instituto, sempre preconizou a modalidade de prestação de serviços médicos via terceiros.

A burocracia do IAPI tinha, por outro lado, várias ligações com os setores mais importantes da tecnocracia civil e militar que ocupa posições de relevo na nova coalizão governante e na própria máquina estatal. Segundo Malloy (1979), essas ligações iam:

- desde o desenvolvimento de carreiras burocráticas em institui

ções onde a admissão e o progresso eram baseados em exames qualificatórios e competitivos ou em competência técnica comprova
da;

- passando por um relacionamento e participação na Escola Superior de Guerra, principal centro articulador do movimento militar⁽⁹⁾;
- até o fato de possuírem um projeto de reformulação da Previdência Social, que propunha exatamente a unificação dos Institutos, a uniformização dos serviços e a extensão de cobertura do sistema, de modo a garantir a ocupação dos espaços vazios deixados pela exclusão anteriormente referida; transformando, assim uma questão até então extremamente politizada em um elemento de decisão racional, técnica e neutra; estabelecendo uma nova ordem onde, até então, vigorava o conflito.⁽¹⁰⁾

Esse é o conjunto de técnicos que passa a predominar a partir de 1964 dentre os "formuladores" de um novo esquema de ações de governo de corte social.

Esse segmento da burocracia previdenciária, em perfeita coerência com sua visão de como deveria ser equacionado o problema da assistência médica, antes mesmo da unificação dos IAPs, já adotava no IAPI - então sob o comando do Dr. Correia Sobrinho -, através da Resolução da Junta Interventora nº 83 de 31/07/1964, um "Plano de Emergência" que preconizava entre outras, que a prestação dos serviços de assistência médica, dada a dispersão da clientela desse Instituto, não deveria ser feita diretamente (serviços próprios), mas sim através de profissionais e estabelecimentos já existentes em cada localidade. Seriam celebrados convênios "com a previdência social e credenciamento de profissionais mantido o critério de pagamento por unidade de serviço". Essa linha de atuação que será, como veremos, adotada pelo INPS após a unificação, ti
nha também o propósito de auxiliar a sanear e modernizar a atuação do IAPI, regularizando sua situação financeira e definindo claramente a nova política assistencial a ser adotada.⁽¹¹⁾

O movimento de reforma da política de Atenção à Saúde no sentido do privilegiamento da vertente de atenção médico-hospitalar a ser desenvolvida pelo setor privado prestador dos serviços de saúde, mesmo com o apoio da burocracia oriunda do IAPI, não ocorre de imediato. Ao contrário, verifica-se um intenso debate no interior da burocracia estatal do setor Saúde através da formulação de propostas que iam desde a criação de uma autarquia e de fundos especiais comuns, transferindo-se o controle desse tipo de ações de governo para o Ministério da Saúde, passando pela discussão da necessidade de encampação desses serviços pelo Estado, através de unidades próprias, até a entrega total desse encargo para o setor privado. Ou seja, dada a exclusão de propostas como a "sanitarista desenvolvimentista", restava decidir como se daria o equacionamento definitivo dessa questão.

Vejamos com maior detalhe as reformas que acontecem a nível da Previdência Social (e dentro dela na área de assistência médica) e a nível do Ministério da Saúde, no sentido de identificar outras condições que possibilitam a emergência de um novo formato de intervenção estatal.⁽¹²⁾

No campo da Previdência Social, o Governo Castelo Branco estrutura, a partir do Ministério do Trabalho e Previdência Social, nesse momento sob a direção de Arnaldo Sussekund, conhecido especialista na matéria, um esquema de ação destinado a realizar a reforma do setor. Além de realizar-se uma intervenção preliminar nos IAPs, substituindo os presidentes - considerados como elementos com vinculações políticas indesejáveis ao novo regime - por "tecnocratas apolíticos", designa-se uma comissão para trabalhar na proposta de um projeto de reforma previdenciária.

Em 1965, o Ministério do Trabalho apresenta ao Presidente Castelo Branco um plano de reforma da Previdência Social que, em muitos aspectos, resgatava o plano do Instituto de Seguros do Brasil - ISSB de 1945. Com esse novo plano pretendia-se:

- a completa unificação administrativa da Previdência Social, criando-se um sistema único, gerido por um novo Ministério - o da

Previdência e Assistência Social;

- a incorporação imediata à clientela previdenciária dos empregados domésticos e dos trabalhadores rurais, através do estabelecimento de um Plano Básico de benefícios e serviços assistenciais;
- colocar sob controle público o sistema de seguros de acidentes de trabalho, até então operado pela rede seguradora privada;⁽¹³⁾
- a universalização da cobertura através do estabelecimento de um Plano Mínimo que abrangesse a parcela da população não-englobada nem no Plano Básico, nem no Plano Geral destinado à clientela enquadrada na LOPS;
- o estabelecimento do limite de idade para a aposentadoria por tempo de serviço;
- a transferência da assistência médica para o Ministério da Saúde.

Essa proposta ampla encontra oposições dos mais variados tipos: seguradoras privadas, categorias profissionais mais combativas como os bancários e, principalmente, as autoridades econômicas preocupadas em como seria possível conciliar tal expansão da Previdência Social e o conseqüente aumento da contribuição da União e dos empregadores, com as outras políticas governamentais destinadas a reduzir a inflação e estabilizar a base monetária.

Em virtude desse conjunto de pressões, notadamente aquelas levantadas pelo Ministério da Fazenda, esse projeto ambicioso é descartado, sendo recomendada sua reformulação em termos mais modestos. Passa-se a ter como objetivo mais uma reforma que promovesse a unificação e aumentasse a racionalidade administrativa, sendo abandonadas provisoriamente as medidas destinadas à universalização da Previdência Social, bem como a transferência da assistência médica para o Ministério da Saúde. Essa revisão parece ter incluído também a troca do Ministro do Trabalho, tomando posse Walter Peracchi Barcellos, priorizando-se, durante sua gestão

os pontos acima mencionados.

Ainda em 1965, Correia Sobrinho deixa a presidência do IAPI assumindo a direção do Departamento Nacional de Previdência Social - DNPS para realizar a unificação dos Institutos, que só se efetiva, entretanto, a partir da designação de um novo ministro para a Pasta do Trabalho, Nascimento e Silva, até então no BNH. Em agosto de 1966, através do INPS, realiza-se a intervenção formal nos IAPs, operacionalizando-se o início da unificação. Esse procedimento se materializa na aprovação de um Plano de Ação para a Previdência Social - PAPS, cujas diretrizes eram "imprimir orientação antiburocrática e humanista à prestação de serviços pela Previdência Social e simplificar os procedimentos referentes à inscrição do segurado e seus dependentes, e à concessão de benefícios. Como programa propunha: a extensão de cobertura, a celebração de convênios para pagamento de benefícios, a uniformização e padronização de procedimentos".⁽¹⁴⁾

O PAPS seguia, segundo Cordeiro (1981), as linhas básicas do Plano de Emergência elaborado para o IAPI e estabelecia, no que diz respeito às atividades de assistência médica, a manutenção dos serviços próprios em caráter provisório e a utilização de serviços de terceiros como solução preferencial.

De novembro de 1966 a 19 de janeiro de 1967, são tomadas as providências necessárias para que o Instituto Nacional de Previdência Social⁽¹⁵⁾ seja criado e entre em funcionamento.

Imediatamente após a criação do INPS são tomadas pelo menos duas medidas que merecem destaque:

- a primeira delas diz respeito à área específica de assistência médica, onde, sob a justificativa de se agilizarem os serviços próprios, se adota o "pagamento de adicionais de produtividade aos médicos do próprio quadro de servidores do INPS, e o pagamento por serviços prestados à assistência clínica ou cirúrgica prestada aos pacientes hospitalizados pelos médicos lotados em seus ambulatórios, ainda que o hospital pertencesse ao próprio INPS"⁽¹⁵⁾. Configura-se a extensão de medidas de cunho privati

zante (através da remuneração por ato médico) mesmo nos serviços próprios do novo Instituto;

- a outra diz respeito à forma político-organizacional de gestão da Previdência Social, onde se retira a autonomia do DNPS, ⁽¹⁶⁾ órgão que ainda mantinha formalmente a representação da classe trabalhadora, transferindo-se suas atribuições para a recém-criada Secretaria de Previdência Médico-Social.

No que diz respeito às reformulações ocorridas no Ministério da Saúde, as informações são bem mais imprecisas sendo possível contudo retirar dos estudos existentes algumas indicações importantes para o movimento analítico que estamos realizando.

Também nessa organização ocorre, após a vitória do movimento militar de 1964, uma intervenção no sentido de afastar os grupos ligados mais diretamente à linha aqui denominada de "sanitarista-desenvolvimentista". ⁽¹⁷⁾

Em agosto de 1964, o então Ministro da Saúde, Raimundo de Brito, apresenta ao Presidente Castelo Branco uma proposta de unificação dos serviços médico-hospitalares da Previdência Social com cunho nitidamente privatizante, ao lado da manutenção das atividades já rotineiras do próprio Ministério na linha campanhista já referida.

Para detalhar essa proposta, institui-se uma comissão interministerial presidida por Thomaz A. Raposo de Almeida, então presidente do Conselho Médico da Presidência Social, que propõe as seguintes medidas principais:

- constituição de uma entidade subordinada ao MS que coordene os serviços médicos do País;
- evitar, ao máximo, a estatização da prestação de serviços;
- unificação dos serviços médicos do ponto de vista administrativo, sem alterar suas personalidades jurídicas, até o momento de sua descentralização em relação à esfera federal;

- edição de uma lei do sistema assistencial médico brasileiro, concomitantemente à reformulação da LOPS.

Simultaneamente, é composta uma outra comissão incumbida de tarefa semelhante, ou seja: a unificação dos serviços médicos assistenciais financiados pela União e sua subordinação ao Ministério da Saúde.⁽¹⁸⁾ Esta comissão, por sua vez, propõe:

- a criação do Instituto Nacional de Medicina - INANE, autarquia diretamente subordinada ao Ministério da Saúde e que resultaria da fusão das instituições previdenciárias, SESC e SESI, no que toca à assistência médica, além da Fundação SESP e dos serviços médicos existentes nos outros ministérios civis;
- o financiamento dessa autarquia seria através da parte destinada à Assistência Médica das Instituições Previdenciárias, de dotações especiais da União, da percentagem de receita que os outros órgãos componentes destinam à assistência médica, bem como de outras operações financeiras internas. Teria, além disso, a possibilidade de firmar convênios com entidades públicas e privadas em todo o Brasil;
- do ponto de vista organizacional, teria um Conselho Deliberativo constituído pelo representante do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, pelo superintendente da FSESP, pelo Presidente da AMB e por um médico representando o Ministério do Trabalho.

Evidenciam-se, nesse momento, propostas conflitantes. Menos em relação à necessidade de articulação da assistência médico-hospitalar e à necessidade de gestão também desse ramo de política em atenção à saúde, pelo Ministério da Saúde e mais quanto ao grau de estatização, centralização e controle dos organismos de gestão propostos.

O resultado aparente dessas divergências, agregadas à capacidade de resistência de órgãos que sempre detiveram grande autonomia como a Fundação SESP e mesmo da burocracia tradicional do

Ministério da Saúde, acabam levando a que se mantenha, e mesmo que se formalize, a existência de duas redes distintas de Atenção à Saúde, com políticas também caminhando em paralelo.

E é exatamente isso que preconiza o Decreto-lei nº 200 ao atribuir ao Ministério da Saúde as tarefas de formular e coordenar a política nacional de saúde; a ação preventiva em geral e de vigilância sanitária de fronteiras, portos marítimos, fluviais e aéreos; o controle de drogas, medicamentos e alimentos; e a pesquisa médico-sanitária. Ao Ministério do Trabalho e Previdência Social caberia ainda, segundo esse diploma legal e obedecendo à política nacional de saúde, a prestação de assistência médica no âmbito da previdência social, que, por sua vez, deveria ser realizada preferencialmente, através de convênios com entidades públicas e privadas.

Dessa forma, configuram-se algumas condições para a emergência de um novo formato de intervenção estatal, no campo de atenção à saúde:

- a exclusão da classe trabalhadora das decisões nessa área, bem como dos projetos alternativos a uma política de caráter assistencial, adotando-se simultaneamente uma visão restrita em termos de Saúde Pública e de dominância da atenção médico-hospitalar no campo da assistência médico-previdenciária;
- a criação do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, que passa a gerir a assistência médico-previdenciária prestada até então pelos diferentes Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões, com o conseqüente desenvolvimento de mecanismos de centralização do processo decisório, do financiamento e de implantação dos programas em Atenção à Saúde no aparato estatal e a nível federal;
- a orientação para a compra de serviços ao setor privado no campo da assistência médico-previdenciária, como resultado da articulação desses com segmentos burocráticos que passam a gerir tal política, com ausência de controle de suas ações por parte das classes trabalhadoras.

Entretanto, cabe analisar os determinantes de natureza mais geral que fazem com que a vertente médico-hospitalar passe, a partir desse momento, a adquirir completa predominância ante as ações de Saúde Pública, embora esta se situe em uma área de atenção mais restrita. Seria um equívoco, a nosso juízo, creditar exclusivamente, tanto às pressões do setor privado, quanto ao peso da burocracia previdenciária, o poder de determinação na adoção desse novo formato de intervenção.

Em primeiro lugar, deve-se notar que a política previdenciária, dentro do esquema montado, poderia ser financiada sem que fosse necessário o aporte de recursos advindos do orçamento direto da União. Isso porque a forma de financiamento dessa política continuava a ser feita basicamente por meio da contribuição dos empregados e dos empregadores. As medidas adotadas somente procurava sanar os desequilíbrios financeiros, através da centralização obtida a partir da unificação, com a formação de um fundo manejado pelo INPS. Tal fato torna-se relevante num contexto de realização de uma política econômica de cunho estabilizador, pois implicava, como dissemos, a continuidade da política previdenciária sem o com prometimento maior de recursos de outra natureza a não ser o das receitas geradas pela própria massa previdenciária.

Corroborando essa hipótese - de existência de determinantes político-econômicos mais gerais na opção por uma alternativa médico-assistencial privativista, além dos interesses privados e burocráticos ligados diretamente ao setor -, cabe destacar também que as medidas mais ambiciosas e abrangentes de transformação da Previdência Social são coibidas a partir da pressão do próprio Ministério da Fazenda.

No referente à política de compra de serviços, pode-se também pensar que as restrições ao gasto estatal influíam sobre essa decisão. Isso porque seria impossível se manterem os níveis de atendimento já alcançados, exclusivamente através dos serviços próprios, sem um esforço em termos de investimento para sua ampliação, dado que a rede própria era bastante acanhada. (19)

Configura-se, dessa forma, uma outra limitação ao desenvolvimento de alternativas distintas de política de Atenção à Saúde, dada pela política econômica de curto prazo adotada.

Em segundo lugar, no início da gestão Castelo Branco, a política previdenciária constituía, na área social, um dos pilares fundamentais de legitimação dessa gestão ante o conjunto das classes populares a médio prazo. Além disso, funcionava como elemento auxiliar no processo pretendido de normalização institucional após o período inicial de ruptura com o projeto nacional-desenvolvimentista.⁽²⁰⁾

Nota-se aí a importância de conciliar a continuidade da política previdenciária, sem a queda do nível de atendimento já alcançado, com a restrição a nível da política econômica já apontada, o que coloca como alternativa mais favorável a compra de serviços ao setor privado prestador de serviços de saúde.

Em terceiro lugar, a tendência ao privilegiamento do setor privado (nacional e internacional), também faz parte da estratégia global de reforma/modernização do aparelho estatal, o que é consagrado no próprio Decreto-lei nº 200/67, como vimos anteriormente para o caso da Atenção à Saúde.

Finalmente, a própria transformação ocorrida a nível mundial em termos de organização da prática médica, que passa a centrar-se cada vez mais no "sistema hospitalar com grau elevado de utilização de equipamentos e farmacos, e na tecnificação e especialização da mão-de-obra",⁽²¹⁾ completa o conjunto de determinantes que levam à adoção da alternativa médico-assistencial privatista, como eixo de orientação da política de saúde.

Com a retomada do crescimento econômico, resultado das transformações nos campos administrativo, fiscal, tributário, crédito etc., dilui-se a limitação da expansão do gasto estatal direto. Entretanto, com o recrudescimento da situação autoritária, derivado da forma de luta política que se estabelece entre a coalizão governante e a oposição ao regime, abandona-se o projeto de

liberalização progressiva e "por cima" do período inicial do Governo Castelo Branco. Assim, os interesses das camadas subalternas perdem, talvez, a única possibilidade de inserção no processo decisório, que embora limitadíssimo, poderia fazer com que as políticas de corte social viessem a considerar, de alguma forma, seus interesses.

Em consequência, os vínculos entre política econômica e social não só não são refeitos no sentido mais positivo para as últimas, como a expansão do setor social avança em completa solidariedade com os interesses capitalistas a ele ligados, consolidando-se ao limite as relações entre setor privado e burocracia estatal construídos no período 1964/67.

No caso da política de Atenção à Saúde isso significou a marginalização completa do aparelho de Saúde pública, a predominância da vertente médico-hospitalar na direção que resultava da conciliação dos interesses entre o capital privado tanto no setor serviços, quanto no setor de medicamentos e de equipamentos hospitalares. Essa expansão não só continua sendo financiada através da contribuição da massa assalariada e da população consumidora em geral, como serve de demonstração no discurso governamental das "ações sociais do governo".

Em resumo, consolidam-se todas as condições para que passe a vigorar um novo formato de política social em saúde, onde:

- inexistência qualquer solidariedade positiva entre a definição política das ações de governo no campo econômico e social e os interesses das classes subalternas;
- as classes subalternas são tratadas como objeto passivo de uma política assistencial, com traços, no máximo, compensatórios, por influir minimamente nas características excludentes do modelo de desenvolvimento econômico e social adotado a partir de 1967;
- a expansão das ações em saúde, derivadas da ação desse perfil, acontece em simultâneo por razões de ordem estabilizadora no

contexto de um regime autoritário, e pela pressão dos interesses da coalizão entre a burocracia previdenciária e o setor privado prestador de serviços de saúde. Além disso, essa expansão não entra em choque com as características da própria política econômica adotada, dada a sua autonomia relativa em termos de financiamento e ao seu caráter privatizante.

Em síntese, as linhas básicas de caracterização da política estatal em Saúde passam a ser: ênfase médico-hospitalar; prestação de serviços realizada preferencialmente através do setor privado; ausência de participação das classes subalternas no processo de decisão de prioridades; e centralização de sua condução a nível financeiro por parte do aparelho estatal e na órbita federal.

2.2 - O PERÍODO 1968/78: A ÊNFASE MÉDICO-ASSISTENCIAL PRIVATISTA COM GERÊNCIA ESTATAL EM SEU APOGEU

A análise da política de Saúde no período 1968/78 significa, fundamentalmente, o exame das ações e programas governamentais no campo da assistência médica previdenciária que se expande a partir da criação do INPS.

As características mais importantes da intervenção estatal são:

- ampliação dos "raios de manobra" das organizações estatais coordenadoras dos programas de assistência médica previdenciária, assegurando a predominância das empresas médicas, o que traz como conseqüências a tecnificação acelerada dos atos médicos, a constituição de empresas com estruturas cada vez mais capitalistas e o assalariamento dos profissionais da medicina;⁽²²⁾
- financiamento dos programas via a canalização de recursos obtidos através das receitas de Contribuições da Previdência Social que se expandem no período, quer pelo crescimento da folha geral dos salários, quer pela incorporação ao Sistema Previdenciário de novos segmentos populacionais, até então sem acesso a programas específicos, tais como os trabalhadores rurais, autônomos e domésticos;
- consolidação do papel das organizações estatais ligadas ao complexo previdenciário, como principais agentes mobilizadores e centralizadores de recursos financeiros do setor Saúde;
- estabelecimento de mecanismos de articulação cada vez mais complexos entre a burocracia previdenciária e os diferentes segmentos empresariais ligados à produção de bens e serviços utilizados na prestação de atos médicos;
- marginalização das ações de atenção à saúde de natureza preventiva, que ficam restritas, principalmente, ao desenvolvimento de campanhas sanitárias.

Esse novo formato de intervenção consegue harmonizar, ainda que temporariamente, os interesses capitalistas em geral, aqueles ligados de forma mais específica aos programas do setor, as necessidades de ampliação das bases de sustentação do novo regime e as características peculiares de estruturação das relações entre as políticas econômica e social do governo.

No discurso oficial, entretanto, esse novo formato surge como a alternativa tecnicamente correta e racional. O acerto da escolha será justificado quase sempre com base na notável ampliação dos serviços de assistência médica previdenciária. As distorções que irão emergindo serão permanentemente atribuídas a desacerdos nos mecanismos de coordenação e planejamento existentes, passíveis, desse modo, de novas soluções tecnocráticas.

O desenvolvimento da política social em saúde, com essas características, no período 1968/78, comporta duas etapas distintas.

2.2.1 - Período 1968/73

A primeira delas, que se estende até 1973, significa a predominância do perfil médico-assistencial privatista sob gerência estatal, num contexto de sucesso aparente do estilo de desenvolvimento econômico adotado e nos marcos de uma situação autoritária estável. Isso faz com que as contradições inerentes a este formato particular de organização das ações de saúde quase não sejam objeto de questionamento. As decisões, e a luta política subjacente a elas, estão restritas aos atores políticos com acesso ao processo de definição dos programas e prioridades: os burocratas do próprio setor Saúde, com predominância do ramo previdenciário, e os empresários ligados à produção de bens e serviços que consolidam suas diferenças, seus laços e organizações representativas de interesses.

No plano mais geral, a relação entre a formulação da política econômica e social se estrutura nesse período, com o predomínio total da primeira, que, direta ou indiretamente, subordina e submete à sua lógica de desenvolvimento todas as ações governamentais de corte social.⁽²³⁾ Em outras palavras, mantém-se um perfil de política econômica que se materializa no crescimento, a qual

quer custo, da base produtiva, amparado numa estrutura tributária regressiva, numa política salarial que afeta negativamente a renda das camadas mais pobres, na ausência de subsídios ao setor social, numa política habitacional que visa muito mais à dinamização do setor de construção civil do que às reais carências habitacionais etc. Adotam-se, é verdade, medidas compensatórias, como é o caso da expansão da clientela do complexo previdenciário em estruturação, possibilitando, através dele, o acesso da população a alguns serviços assistenciais. Estes cumprem função política de demonstrar as preocupações das coalizões governamentais com os desassistidos. Mas, mesmo nesse caso, os efeitos obtidos são distorcidos em função de interesses muito particulares, como veremos adiante.

De qualquer modo, a adoção de medidas de corte social, que em nada podem afetar os fatores causais da desigualdade social que prevalece, não consegue encobrir a opção por um desenho de política social que do ponto de vista das classes subalternas é tímida, secundária e precariamente compensatória, sendo na prática solidária com as outras ações de governo que produzem esse quadro de condições de vida: em outras palavras, a miséria da abundância.

No campo da Saúde, a intervenção estatal expressa, claramente, esse desenho de política social mais amplo, através do desequilíbrio no desenvolvimento de ações em atenção médico-sanitária e médico-hospitalar.

Imputa-se às ações médico-sanitárias uma grande importância formal, dentre o conjunto de medidas destinadas ao desenvolvimento social.⁽²⁴⁾ Entretanto, não se explicita em nenhum momento através de que mecanismos operacionais e financeiros o Ministério da Saúde, principal agência responsável pelo estabelecimento de uma política nacional de Saúde, deverá realizar suas funções. Ao contrário, só é adotada, e ainda assim precariamente, a continuidade da tradição do "sanitarismo-campanhista", lamentando-se de maneira recorrente a escassez de recursos que impossibilitam a expansão dessas ações no ritmo desejado.⁽²⁵⁾

No que diz respeito às ações em atenção médico-hospitalar desenvolvidas através da Previdência Social, observa-se um movimento distinto. Sem que seja reconhecido, a nível do discurso oficial, que é através dessa vertente de ações em Atenção à Saúde que se realiza, de forma predominante, a intervenção estatal, verifica-se concretamente sua expansão em termos políticos, organizacionais e financeiros.

Essa expansão ocorre através do alargamento paulatino da clientela previdenciária, através da incorporação de segmentos populacionais até então sem acesso aos benefícios e serviços proporcionados pela Previdência Social brasileira, restrita, naquele momento, exclusivamente ao trabalhador urbano sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho e aos servidores públicos civis e militares. Ao mesmo tempo, vai crescendo ainda mais a importância da Previdência Social no conjunto da política social do governo.

Esse movimento de incorporação/expansão atinge inicialmente os trabalhadores rurais, quando, em 1971, através da Lei Complementar nº 11, se institui o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural - PRORURAL, gerido através do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural - FUNRURAL, ligado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social. (26)

Com a criação do FUNRURAL - naquele momento ainda uma organização paralela ao INPS, embora dirigida por segmentos burocráticos oriundos dessa instituição -, dá-se um primeiro passo importante para o alargamento dos espaços institucionais da Previdência Social e de seus serviços assistenciais, em particular os de assistência médica.

Em 1972, incluem-se sob a cobertura da Previdência Social os empregados domésticos e regulamenta-se a inserção de autômos de modo a facilitar e regularizar a contribuição desse último segmento. Tais diretrizes significaram, num primeiro momento, um reforço ao número de contribuintes e às receitas previdenciárias e, simultaneamente, o aumento gradual e progressivo dos serviços de assistência médica do INPS.

Essas medidas, da mesma forma que a criação do FUNRURAL, têm efeito político importante do ponto de vista geral, ou seja, constituem-se em mais um elemento de demonstração da preocupação do governo em legitimar-se ante o conjunto da população, através da Previdência Social. Ademais, significam o alargamento do espaço das próprias organizações previdenciárias, que passam a cobrir, formalmente, os segmentos mais importantes das classes trabalhadoras rural e urbana.

Do ponto de vista dos interesses empresariais ligados à prestação dos serviços de saúde, essas medidas contam, em tese, com o seu apoio, pois significam o aumento potencial do volume de demandantes por atendimento médico-hospitalar, que de outra forma não teriam acesso a esse tipo de serviço. (27)

A esse movimento de expansão da cobertura da Previdência Social corresponde, na área específica de assistência médica, a adoção de uma política de compra de serviços que não estabelecia uma única forma predominante de repasse de recursos ao setor privado. Ao contrário, estabeleceu-se, através de inúmeras portarias e normas emanadas principalmente do INPS, uma política de diferenciação de serviços em que se tentava acomodar, em simultâneo, as funções político-econômicas mais gerais da Previdência Social e os interesses, distintos e até mesmo conflitantes, da burocracia ligada aos serviços próprios e das diferentes organizações privadas prestadoras de serviços de saúde.

A diferenciação de serviços dentro da política de assistência médico-previdenciária materializou-se:

- na desigualdade entre as modalidades de assistência e na quantidade de serviços prestados às clientela urbana e rural, dado que é possível supor que a concentração dos equipamentos e dos profissionais de saúde em áreas urbanas e a limitação de recursos financeiros disponíveis para o atendimento médico em relação à clientela rural tenham se traduzido na maior dificuldade de acesso dessa clientela aos serviços de saúde; (28)

- na diferença entre as modalidades de assistência prestada à própria clientela urbana, onde existe um tratamento distinto para a parcela da população trabalhadora ligada a empresas que proporcionam, direta ou indiretamente, serviços de assistência médica através do chamado "convênio-empresa" e o restante da massa trabalhadora, coberta pela ação dos serviços próprios e contratados do INPS. (29)

Essas diferenças são o resultado, não necessariamente planejado, de:

- necessidades de ampliação dos serviços previdenciários para a população rural, sem uma base financeira ampla para a sua realização, o que leva à adoção de uma forma de contratação de serviços menos custosa e conciliada com a diretriz mais geral, vigente no período, de transformação dos sindicatos em entidades assistenciais;
- interesses de um conjunto de empresas no setor secundário e no setor serviços em desenvolver uma política de assistência médica que lhes favorecesse o controle do absenteísmo, a seleção de uma parcela da força de trabalho mais hígida, e como elemento de normalização das relações capital/trabalho no interior das próprias unidades produtivas, através do estabelecimento de uma "ideologia igualitária de bem-estar social proporcionada pelas empresas a seus funcionários"; (30)
- necessidades de ampliação dos serviços previdenciários para a clientela urbana, conciliando os interesses do setor contratado com os da própria burocracia previdenciária, ligada aos serviços próprios que mantêm uma participação, ainda que secundária, na prestação de serviços;
- peculiaridades na própria organização dos setores privados prestadores de serviços de saúde, onde coexistem desde grupos defendendo um formato liberal de medicina até outros ligados à constituição e ao desenvolvimento de empresas médicas com funcionamento técnico e financeiro cada vez mais marcadamente capitalista. (31)

Em síntese, ao ampliar-se a clientela da Previdência Social, e com ela os serviços de assistência médica, foram sendo adotadas diferentes formas de contratá-los, o que implicou montantes diferenciados de recursos financeiros para o setor privado. Esse, por sua vez, se fracionou, demarcando limites tanto de atuação como para suas alianças. O fracionamento do setor privado materializa-se na formação de três grandes grupos de interesses, cada um representado por uma associação/aparelho de representação política: a Associação Médica Brasileira - AMB, a Federação Brasileira de Hospitais - FBH e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo - ABRAMGE.⁽³²⁾ Correndo o risco de simplificações grosseiras, é possível sintetizar suas propostas de ação em relação à política estatal em Saúde como segue:

- a AMB, órgão mais antigo, congrega a maioria dos profissionais médicos, constituindo-se no mais importante centro de elaboração de uma ideologia liberal e de pressão sobre o Estado, para que este organize o sistema de produção de serviços de saúde calca do no princípio da livre escolha, no não-assalariamento dos médicos e no custeio parcial dos serviços pela clientela. A participação estatal estaria reservada ao custeio dos serviços de saúde realizados fora de sua esfera direta de atuação. O modelo de organização dos serviços de saúde que a AMB preconiza não corresponde à manutenção das ações de saúde, a nível exclusivamente do consultório individual do médico autônomo, no sentido clássico e sujeito às regras de mercado. Defende a organização dos médicos em cooperativas (as UNIMEDS), sociedades civis sem fins lucrativos abertas a todos os médicos, que participariam da receita gerada, através de um sistema de quotas ligadas à produtividade de cada profissional. Propõe, além disso, a contratação de hospitais e serviços auxiliares remunerados através de uma tabela de preços pré-fixados. A fonte básica de recursos tanto para os profissionais autônomos como para as cooperativas seria obtida através da venda de serviços à Previdência Social; isso não significa uma exclusividade total, pois a AMB se propõe também a "captar recursos assistenciais de várias procedências de maneira a ensejar maior rentabilidade a esses meios";

- A FBM criada em 1966, defende os interesses do setor hospitalar privado de caráter lucrativo e não-lucrativo e preconiza uma atuação estatal de não-desenvolvimento de serviços próprios da Previdência Social, pois tem plena consciência que a rede particular de hospitais não sobreviveria sem o repasse de recursos advindos das entidades governamentais. Destaca a maior capacidade gerencial e operacional da rede privada e articula-se tanto com as demandas colocadas pela AMB, como pela ABRANGE, na medida em que qualquer modalidade assistencial passa sempre pela figura do hospital como unidade técnica central de produção dos serviços de saúde no perfil de política de governo vigente para o setor. Preconiza a compra de serviços pelo Estado (além da demanda gerada através das outras modalidades de atendimento) e o financiamento subsidiado para a própria criação/renovação de equipamentos e instalações hospitalares privadas;
- a ABRANGE defende os interesses das chamadas "empresas médicas" ou "medicinas de grupo". Estas são originadas da política das empresas, dos setores secundários e serviços, em prestar a seus funcionários, serviços de assistência médica que passam de uma atividade gerida diretamente, para a compra dos mesmos a empresas especializadas nesse tipo de atividade. Sua relação com a Previdência Social tem expressão a partir de 1964 quando se estabelece a possibilidade de as próprias empresas industriais e de serviços passarem a ter a responsabilidade de prestar assistência médica aos seus empregados, diretamente ou através da compra de serviços a empresas médicas, recebendo a devolução de uma parcela fixa por empregado da contribuição compulsoriamente recolhida à Previdência Social e desobrigando o Estado a prestá-la. Isso deveria ser feito através de um convênio com o próprio INPS. Essas empresas médicas surgem como uma forma distinta de organização do trabalho médico, preconizando como diretriz de atuação a racionalização e o lucro como componentes principais para seu sucesso técnico e financeiro. Essa modalidade é extremamente combatida pela própria AMB, na medida em que prega um ideário empresarial explícito que contradiz, mais formalmente do que na realidade, aquele preconizado por essa organização.

Além disso, em alguns momentos, notadamente na gestão Médici, abriu-se algum espaço, mais formal do que real, para o desenvolvimento de serviços próprios, contrastando com a política privatizante, ainda que desordenada, predominante ao longo do período 1968/73. (33)

Essa estratégia de acomodação de diferentes interesses, seja em relação ao setor privado (através de uma política conciliatória entre as entidades prestadoras de serviços), seja em relação ao setor público (através da emergência de tímidas orientações contrárias à linha privatista predominante e adeptas da valorização dos serviços próprios do INPS), expressa uma estratégia de "convívio dos contrários" que foi, no período 1968/73, rotina de planejamento governamental em quase todas as áreas de intervenção.

No plano mais geral das decisões governamentais, reflete a própria estruturação das relações de poder que passa a vigir entre os setores integrantes da coalizão politicamente predominante e governante após o final do Governo Castelo Branco. Essa se pauta, a nível das diferentes ações de governo, por um pragmatismo que permite a justaposição e acomodação das mais diferentes orientações. (34) A nível das políticas sociais do governo, essa situação se expressa pela ausência de unidade e integração entre os diferentes setores objeto da ação estatal. Esses seguem, cada um, lógicas particulares, estabelecendo-se, muitas vezes, políticas contraditórias. As conexões burocráticas entre as organizações empresariais e as próprias burocracias estatais se fortalecem ao limite e sem controle. No caso da política de atenção à saúde, isso leva, quando da opção pela compra de serviços, à fraude, à corrupção, ao superfaturamento das empresas médicas etc. (35)

2.2.2 - Período 1974/78

A segunda etapa inicia-se em 1974, a partir do Governo Geisel. Nesse período, os interesses do segmento médico empresarial, embora continuem predominando no interior do setor saúde, começam a ser questionados de maneira explícita. E isso acontece do ponto de vista tanto do alargamento progressivo do "locus" de debate sobre os resultados da ação estatal no campo social em ge

ral, como da formulação de alternativas ao seu encaminhamento. Isso decorre principalmente da mudança do contexto político econômico mais geral, pautada pelas tentativas de retorno à normalidade institucional da vida política no País, associada ao reconhecimento cada vez mais explícito da necessidade de reordenação simultânea do próprio estilo de desenvolvimento econômico até então adotado. Emergem, portanto, condições para que atores políticos, marginalizados do processo de decisão e implementação das ações de governo, possam gradualmente organizar-se e passar a pressionar pela formulação de políticas estatais de um novo corte nos campos social e econômico.

Desse ponto de vista, altera-se o processo de disputa centrado na luta interburocrática (internamente ao setor público e entre esse e os segmentos privados), que passa a incorporar as organizações representativas dos interesses de diversos segmentos da sociedade, que se colocam em oposição ao regime.

Essa ampliação da arena de luta política não significará, como veremos, uma alteração substancial da política social em Saúde. Passa, entretanto, a se explicar o conjunto de problemas e questões fruto das próprias contradições da intervenção estatal, que paulatinamente levarão o perfil médico-assistencial privatista da política social em Saúde a uma crise no final da década dos 70.

No sentido de demonstrar as afirmações anteriores, vejamos como as características da intervenção estatal de corte social em geral, e em atenção à saúde em particular, começam a alterar-se.

Defini-se inicialmente uma outra estratégia para a obtenção do desenvolvimento social do País, que pode ser sintetizada em três grandes princípios:⁽³⁶⁾

- igualdade hierárquica entre o desenvolvimento econômico e social e simultaneidade na sua obtenção;

- prioridade para a formulação de políticas destinadas aos grupos de baixa renda, objeto central da política social governamental;
- responsabilidade comum das áreas econômica e social governamental pelos problemas sociais.

Além disso, criam-se, logo no início da gestão Geisel, vários mecanismos institucionais destinados a reorientar a ação governamental no campo social, no sentido de uma maior efetividade. Esses mecanismos seriam explicitados, formalmente, no plano de governo (II PND) divulgado em setembro de 1974.⁽³⁷⁾

Em relação ao campo de atenção à saúde, cabe destacar as seguintes reformulações realizadas:

- separação da área previdenciária da do trabalho, através da criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (Lei nº 6.036/74), medida que significa a elevação formal do seu "status" e o fortalecimento das organizações que aí atuam. Essa medida já era previsível dada a real importância política e financeira da Previdência Social na política social governamental;⁽³⁸⁾
- formulação do Plano de Pronta Ação (PPA)⁽³⁹⁾ pelo MPAS-INPS, com o objetivo explícito de tornar os serviços de saúde mais acessíveis a curto prazo à população. Através desse plano, determina-se que os casos de urgência devem ser atendidos pela rede estatal e privada vinculada ao complexo previdenciário, independentemente de o paciente estar ou não associado ao INPS, ficando o pagamento do tratamento efetuado a cargo dessa instituição. Em simultâneo, o PPA procura ordenar a atuação e as formas de remuneração dos serviços próprios contratados e conveniados com a Previdência Social nessa área. No que se refere aos convênios, procura-se abranger, além do setor privado, as organizações públicas de saúde fora da alçada do MPAS, além de entidades sindicais urbanas e rurais;
- criação do Conselho de Desenvolvimento Social - CDS (Lei nº ... 6.118/74), com a finalidade de constituir uma instância superior de coordenação das ações setoriais no campo social, de modo a

evitar a duplicidade de esforços, o desperdício de recursos, e garantir a prioridade social das políticas governamentais. Essa última atribuição seria obtida na medida em que o CDS tivesse a equivalência institucional do mecanismo de coordenação das ações no campo econômico (CDE), sendo presidido pelo Presidente da República, tendo como secretário-geral o Ministro-Chefe da Secretaria de Planejamento e como membros os Ministros de Educação e Cultura, Trabalho, Saúde, Interior e Previdência e Assistência Social.

Cabe destacar que o PPA significa uma mudança a nível político-organizacional extremamente importante, pois, através dele e sob coordenação estatal e da burocracia previdenciária em particular, orienta-se:

- a expansão da assistência médica no sentido de sua universalização ao conjunto da população, facilitando o seu acesso a esses serviços, o que se constitui num trunfo político tanto para a gestão governamental que se inicia, como para as próprias organizações previdenciárias que passam a financiar quase toda a atenção médica prestada;
- a organização do setor privado prestador de serviços de saúde, determinando e conciliando a oferta desses serviços através da institucionalização de formas de pagamento diferenciadas: os credenciamentos e contratações feitos com base em tabelas de remuneração de honorários médicos e hospitalares pagos por serviços prestados; os convênios onde, mediante a fixação de subvenções mensais globais ou per capita (sistema de pré-pagamento), se remunera parte do gasto realizado através dos convênios-empresaria;
- a organização do próprio setor público, não-subordinado diretamente ao complexo previdenciário, que passa a tornar-se mais dependente da Previdência Social; esta, através de convênios específicos, transfere via subsídios mensais fixos um volume de recursos importante para o custeio e realização de algum tipo de investimento em equipamentos e instalações dessas organizações;

- a organização do próprio ensino médico, através da influência que a Previdência Social começa a deter no custeio dos hospitais universitários. (40)

O Plano de Pronta Ação, ao ser implementado, busca novamente a solução conciliadora que possibilite acomodar os diferentes setores empresariais, que passam a ter perfeitamente definidas, a nível formal, suas áreas de atuação, embora com predomínio do setor contratado. O setor conveniado, tanto a nível privado como a nível público, passa a funcionar como um mecanismo de escoamento da demanda por serviços de saúde, que aumenta como resultado da ampliação da cobertura da Previdência Social e da própria deterioração das condições de vida da população, de modo a não criar pressões financeiras insuportáveis às finanças previdenciárias. Ademais, a expansão do controle da burocracia previdenciária, sobre o financiamento das ações em Atenção à Saúde, reforça ainda mais sua influência em todas as decisões centrais no que diz respeito às políticas governamentais para o setor.

Além do conjunto de medidas já analisado e específicas para o setor saúde, ainda no ano de 1974 o CDS propõe outras transformações para a área social em geral. (41)

Naquilo que nos interessa mais de perto, cabe destacar: a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS, mecanismo financeiro destinado a agilizar e especializar a destinação de recursos para o financiamento de projetos na área social, através do setor público e do setor privado (de caráter lucrativo e/ou beneficente); (42) a reafirmação da distinção dos campos de atuação do Ministério da Saúde (MS) e do recém-criado Ministério da Previdência e Assistência Social, o primeiro no campo do atendimento coletivo e da vigilância sanitária e o segundo voltado ao atendimento médico-assistencial individualizado, agora, como vimos, definitivamente expandido e institucionalizado. (43)

Desse ponto de vista, e em perfeita coerência com a criação do MPAS e, através deste, a formulação do PPA, ocorre formalmente a autonomização das ações em saúde no campo da Previdência Social de uma política nacional de saúde formulada pelo Ministé

rio da Saúde. Essa autonomização, de fato, já vinha ocorrendo desde 1967, sendo que tampouco o MS teve capacidade até então de formular qualquer política geral. Mais do que isso, a partir de 1974 o poder de indução da Previdência Social no campo da Saúde aumentou substancialmente.

Antes de continuarmos a análise da política social em Saúde da gestão Geisel, a partir de 1975, cabe examinar alguns dos determinantes políticos das transformações às quais nos referimos e que estão presentes logo no primeiro ano desta gestão.

Em primeiro lugar, o vigoroso ciclo expansivo da economia, iniciado em meados de 1967, terminara em 1973, colocando à mostra os desacertos da política econômica adotada e indicando uma inflexão do crescimento econômico e o início de uma fase crítica da economia brasileira, a partir de 1974. O chamado "milagre brasileiro" em seus extertores havia deixado como saldo, naquilo que diz respeito às políticas sociais aqui analisadas, um perfil extremamente concentrado a nível da distribuição da renda com queda do salário mínimo real, ocasionando uma piora significativa nos níveis de mortalidade infantil. Além disso, a própria política agrícola adotada fez com que, entre 1972/73, caísse a disponibilidade de alimento por habitante, ocasionando um aumento do custo relativo da produção de alimentos para o mercado interno.⁽⁴⁴⁾

De outro lado, a perda do poder aquisitivo, a maior dificuldade de obtenção da cesta básica de alimentos, associadas a um processo de concentração urbana desordenada, além do próprio descaso no que diz respeito aos programas de atenção médico-sanitária, permitem que, entre 1973/74, ocorra uma epidemia de meningite, fazendo com que ficasse ainda mais evidente a deterioração do quadro de condições de vida da população de baixa renda.⁽⁴⁵⁾

Em segundo lugar, é preciso destacar que, a partir de 1973, a oposição ao regime começa a estruturar-se em novas bases, catalisando o descontentamento existente, mas ainda difuso, do conjunto da população brasileira quanto ao perfil das políticas de governo nos campos econômicos, social e político, iniciando um movi

mento de denúncia da situação autoritária e de criação de alguns mecanismos de pressão no sentido da transformação das próprias regras do jogo político até então vigente. (46)

Finalmente, os próprios mecanismos de negociação entre os diferentes grupos empresariais e os centros decisórios a nível do Estado começam a dar sinais de crise, dado que ao esgotamento do "milagre" iria suceder-se uma nova orientação das políticas governamentais no campo econômico, indicando a necessidade de uma reacomodação, em outras bases, desses mesmos interesses e suas respectivas conexões burocráticas. Esse impasse, onde se discutia em essência "quem perde e quem ganha" no interior das próprias camadas dominantes, se materializa, na superfície, no debate sobre a estatização, que permeia inclusive as próprias áreas sociais. (47)

Nesse contexto, alguns problemas centrais e de caráter geral necessitariam ser equacionados pela nova coalizão governante a partir de 1974, a saber:

- em que bases seriam estabelecidas as novas relações entre os segmentos dominantes a nível empresarial, a burocracia estatal, ligada ao setor produtivo estatal, e a coalizão governante, no início de uma crise econômica que se revelaria séria e profunda;
- através de que mecanismos o Governo procuraria reduzir as tensões sociais que se acumularam, decorrentes dos fatores anteriormente citados e da própria inexistência de canais mais ativos de negociação entre o aparato estatal, os segmentos subalternos e entre estes e as camadas dominantes de nossa sociedade;
- como resolver, simultaneamente à solução dos problemas anteriores, um outro que diz respeito à substituição de parte das regras do jogo político vigente que já davam sinais evidentes de esgotamento, sem a transmissão do comando, ou seja, sem uma alternância significativa dos postos centrais de poder.

A estratégia adotada foi iniciar um processo de abertura política "por cima", conhecido como a "distensão política, len

ta, gradual e segura". (48)

O projeto de distensão política passava pela volta à normalidade institucional, o que implicava, num primeiro momento, a reativação dos mecanismos tradicionais de organização da sociedade civil, a revalorização do processo eleitoral, do direito ao voto, do poder legislativo etc.

No que diz respeito ao relacionamento entre Estado e as classes subalternas da sociedade, reafirma-se como prioritária a mudança da intervenção estatal nas questões sociais no sentido anteriormente descrito, pois a distensão, para esses setores da sociedade, mais do que política deveria ser social, nas palavras do próprio Presidente da República e dos Ministros ligados a essas políticas. (49)

As relações entre os empresários, a burocracia estatal e a coalizão governante, no âmbito da definição da nova política econômica, traduzem-se no próprio sonho e fracasso do II PND, adotando-se, a partir de 1976, uma política econômica de "comportamento errático, o famoso 'stop and go'", oscilando entre impedir uma aceleração perigosa da inflação ou uma queda desastrosa nos níveis de renda e emprego". (50) Evidentemente, tal discussão foge do âmbito desta monografia.

É, portanto, determinado por esse conjunto de fatores de ordem mais geral, onde a política social aparece como um dos elementos centrais na trajetória de normalização institucional lenta, gradual e segura, que se desencadeia ao longo do primeiro ano do Governo Geisel o elenco de medidas anteriormente analisado. (51)

A partir de 1975 e dando continuidade a esse esforço inicial de transformação, o Governo Geisel procura enfrentar, no que diz respeito à intervenção estatal em Atenção à Saúde, o problema da piora das condições de saúde da população. Isso será feito através da implantação e dinamização de programas em atenção médico-sanitária, visto que o próprio discurso oficial reconhece

que as medidas no campo da assistência médico-hospitalar, por mais que se ampliem, são impotentes para transformar tais condições. De outro lado, continuar-se-á expandindo a assistência médico-previ^udenciária, ainda que vários mecanismos de controle dessa expansão sejam criados, dado que seus custos são crescentes e que o finan^uciamento dessa política passa a apresentar alguns limites. Final^umente, o próprio paralelismo das ações do Ministério da Saúde e do INPS será objeto de questionamento, surgindo várias propostas de transformação do formato mais geral de organização da interven^ução estatal em saúde.

Examinemos com grau maior de detalhamento cada um desses conjuntos de medidas, iniciando pelas tentativas de transformação organizacional.

O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE: A visão sistêmica como panacéia tecno^ucrática para a integração das ações estatais no campo da Saúde

À luz das diretrizes do II PND, onde se apontava que uma das graves deficiências da ação estatal em Saúde dizia respeito a dispersão de esforços e indefinição de competência das entidades públicas e privadas ligadas a esse setor, procura-se através da Lei nº 6.229/75 criar as bases institucionais de constituição de um sistema nacional de saúde, onde se definiriam com clareza e ra^ucionalidade os mecanismos de integração e coordenação articulada das diferentes organizações atuantes.

A proposição de uma lei que regulasse as ações estatais em Saúde havia sido esboçada por técnicos do Ministério da Saúde em 1973, ao final da gestão Machado de Lemos nesse Ministério. É encampada, também, pelo recém-criado Ministério da Previdência e Assistência Social, e suas linhas gerais já haviam sido anuncia^udas pelo primeiro titular deste Ministério em conferência na Esco^ula Superior de Guerra, em conjunto com o prenúncio da criação do CDS e de um papel estratégico das ações governamentais de corte social na gestão Geisel. Dentro do MPAS, fazia parte do conjunto de aspi^urações de um segmento burocrático que preconizava a reversão do

perfil vigente de política de Saúde, no sentido de maior espaço de ação para o setor público.⁽⁵²⁾

Segundo a interpretação sistêmica - que permeia o texto da lei e que se explicitou por ocasião da V Conferência Nacional de Saúde,⁽⁵³⁾ cujo tema principal foi a discussão da proposta do SNS -, apesar dos esforços em torno da racionalização da intervenção estatal nesse setor, no passado, esta aproximar-se-ia da forma espontânea de um sistema. No sentido de encontrar a organização racional-formal do setor saúde, dever-se-ia buscar a organização verdadeiramente sistêmica do sistema espontâneo de saúde atual, que possui, devido a isto, baixa eficiência na consecução de seus objetivos básicos.

O Sistema Nacional de Saúde tem sido, desde sua edição, objeto de diversas críticas. A principal delas, e que transparece claramente na análise dos documentos da V Conferência Nacional de Saúde, é que ficam ocultos, ao adotar-se a perspectiva da "teoria dos sistemas", os determinantes político-econômicos e burocráticos (ou seja, as relações de poder) que geram o desenvolvimento não-harmônico, irracional e contraditório das diferentes organizações públicas e privadas que comporiam tal sistema. A partir daí, está aberto um flanco enorme para que sejam apontadas as ambigüidades, o espírito conciliatório, a ausência de definições mais claras e precisas, a manutenção "mascarada" da mesma dicotomia entre ações preventivas e curativas, o que implica diferenciações na esfera de influência das organizações públicas (MS, MPAS, INPS, principalmente) e entre essas e o complexo médico-empresarial, produtor de insumos e serviços para o setor saúde.⁽⁵⁴⁾

No entanto, o Sistema Nacional de Saúde também pode ser visto por um ângulo algo distinto mas complementar às críticas anteriores. Ou seja, dadas a impotência assumida pela Previdência Social e, dentro dela, pelo setor de assistência médica; as conexões entre a burocracia previdenciária e os setores empresariais notadamente após o PPA; e a ausência de controle do conjunto da sociedade sobre tais decisões - só para citar alguns determinantes -, seria impossível esperar uma transformação radical.

O SNS procura, obedecendo aos constrangimentos acima, materializar de alguma forma (e a escolhida foi a noção de sistema) a necessidade explicitamente reconhecida, a partir dessa gestão de governo, de dar maior prioridade às ações médico-sanitárias e de organizar a prestação de serviços no campo médico-hospitalar, de modo a estimular a rede de atendimento em Saúde Pública e as ações de saneamento básico e do meio ambiente, e conter a demanda por serviços a cargo da medicina previdenciária. Para tanto, esboça-se um formato de organização da rede de serviços de saúde que passaria por uma rearticulação entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência Social e o INPS, destes com as Secretarias Regionais e Locais de Saúde e de todas as organizações públicas com a rede privada.

Essa questão central, obviamente, não pode ser equacionada com precisão a nível da lei, mas deixa-se em aberto essa possibilidade pondo em destaque, pela primeira vez desde 1967, a nível formal, uma das alternativas de transformação. Essas dependem, como veremos, de fatores de ordem política, notadamente intraburocrática e de ordem econômico-financeira. Desse ponto de vista, se não é possível considerar a proposta do SNS como nitidamente inovadora, ela significa um passo importante para que novas propostas de modificação do perfil, sob sua cobertura, apareçam.

Dada a complexidade dos interesses em jogo, o SNS não será regulamentado até o final da década dos 70. A regulamentação em termos claros e precisos significaria que as ambigüidades, as indefinições e os graus de liberdade de ação do setor privado e da burocracia previdenciária teriam que estar equacionados a nível político, o que não acontece. (55)

A GESTÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICO-PREVIDENCIÁRIA: As contradições entre ampliação dos serviços, disponibilidade de recursos financeiros e os interesses advindos das conexões burocráticas entre o setor estatal e o setor empresarial médico.

Na gestão Geisel, como já apontado, é reservado um pa

pel de destaque para a política de Previdência Social, como um to do, na estratégia de desenvolvimento social adotada.

O Ministro da Previdência e Assistência Social, Nascimento e Silva, sintetiza com clareza o sentido político da intervenção estatal nessa área, em face do contexto político-econômico que caracteriza a segunda metade dos anos 70:

"Reduzir as grandes desigualdades ainda existentes no País, ampliar a área de atendimento das necessidades sociais da população em termos de escolas, habitação, níveis sanitários básicos, proteção médica e previdenciária - eis o que se impõe prioritariamente ao País, como pressuposto necessário ao processo de distensão política que caracteriza o momento atual. A Revolução precisa institucionalizar-se politicamente, por fórmulas que garantam sua continuidade e ao mesmo tempo a conciliem com o alargamento do campo das liberdades civis e políticas, num trabalho para o qual se faz necessário o apelo à imaginação criadora de nossos intelectuais e homens públicos. Mas para a estabilidade das fórmulas encontradas é necessário que se processe, também conscientemente, o desenvolvimento social do País, condição indispensável à estabilidade das próprias soluções políticas." (56)

Realizam-se modificações na legislação previdenciária que vão deixando nítida a intenção de se atingir a meta básica colocada pelo Ministro Nascimento e Silva ao tomar posse do MPAS: a universalização da proteção previdenciária. Em outras palavras, ampliar os benefícios de forma geral e prestar assistência médica e social a segmentos populacionais fora da força de trabalho.

O setor de assistência médica, cujo papel é estratégico nessa ampliação, dado que o acesso a esse tipo de serviços independe de qualquer contribuição pretérita, necessita ser reequacionado, pois:

- tem-se consciência de que o modelo de compra de serviços ao setor privado, através do sistema de credenciamento pago por ato médico, é oneroso;

- é necessário viabilizar uma expansão dos serviços dadas as pressões da clientela e os fatores de ordem político-estratégica mais gerais dessa gestão de governo;
- é impossível adotar uma alternativa de retorno e ampliação de serviços próprios, em face dos compromissos e conexões já existentes com o setor privado, o que impede a utilização dos recursos próprios existentes com prioridade;
- não é possível obter recursos financeiros de outras fontes, dada a magnitude dos já envolvidos.

Tal postura acaba viabilizando ações de planejamento, modernização e controle desse tipo de atividades, sem no entanto alterar significativamente os compromissos assumidos, notadamente com a rede privada prestadora de serviços de saúde, e com isso o perfil médico-assistencial.

As ações implementadas agrupam-se em três grandes blocos: criação de mecanismos de controle do setor contratado, ampliação do setor conveniado e implantação de uma reforma na organização da Previdência Social como um todo e da Assistência Médica em particular.

Em relação aos mecanismos de controle do setor privado prestador de serviços, tenta-se a implantação de um sistema mais moderno de controle das contas hospitalares, que visa, especialmente, racionalizar as despesas do segmento contratado com pagamento na base de unidades de serviço. Não se pretende, nesse momento, a alteração da forma operacional de remuneração, mas tão-somente racionalizá-la. Essa racionalização seria facilitada pelo apoio que o INPS receberia da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social - DATAPREV, criada em 1974.

Existem algumas indicações que apontam a relativa ineficiência desse novo procedimento de controle sem a alteração da forma de pagamento dos setores contratados.⁽⁵⁷⁾ De qualquer forma, a partir desse momento, os reclamos do setor contratado, quanto ao atraso dos pagamentos e a possíveis subestimações nos reajustes

das unidades de serviços, parecem ser constantes.

Como já foi destacado, e no que diz respeito à expansão do setor conveniado, adota-se com o PPA, a partir de 1974, uma série de medidas que teriam como finalidade canalizar parte da demanda crescente por serviços de assistência médica, do setor contratado para as organizações públicas e privadas que prestam serviços segundo essa modalidade de financiamento, menos onerosa para a Previdência Social.

Em relação aos Convênios-Empresa, (58) implantam-se normas que disciplinam a celebração dos convênios homologados pelo INPS e que dizem respeito a:

- participação da Previdência no custeio dessa modalidade, atualizando a legislação existente desde 1971; essa participação é fixada em 5% do maior salário mínimo vigente por empregado, fracionado de acordo com o tipo de convênio, valor reajustado anualmente tendo como base o primeiro valor estabelecido;
- possibilidade de as empresas que prestam Assistência Médica a seus empregados deduzirem os valores gastos, menos a parcela reembolsada, pela Previdência, do Imposto de Renda;
- regulamentação da prestação de serviços por acidentes de trabalho, transferindo às empresas a responsabilidade de atendimento e de cobertura de benefícios para o trabalhador, cuja lesão implicasse afastamento por menos de 15 dias;
- bloqueio formal aos trabalhadores de organizações optantes pela prestação de serviços de assistência médica, através da medicina de grupo, no sentido de utilizarem os serviços da Previdência Social na vigência do convênio devidamente homologado. Se isso ocorresse, os serviços seriam cobrados salvo nas exceções previstas no próprio convênio.

Apesar de os convênios-empresa terem se expandido após o PPA, isso, necessariamente, não significou um elemento redutor de despesas relevante, dado que:

- a parcela devolvida pela Previdência não ultrapassa 1/3 do custo médico total gasto por empregado, o que levou as empresas médicas através da ABRAMGE a demonstrarem claramente sua insatisfação quanto a esse aspecto e a que uma grande parcela dos convênios existentes não fossem homologados pela Previdência Social, não havendo como impedir que um trabalhador com convênio não-homologado pudesse utilizar-se normalmente dos serviços previdenciários;
- a parcela da classe trabalhadora atendida pelo convênio-empresa estaria inserida em organizações de grande porte da indústria ou em empresas do setor serviços, com melhor nível de qualificação, remuneração e condições de trabalho, necessitando, por isso, de menos assistência médica;
- os grandes riscos e/ou tratamentos mais onerosos nos casos dos convênios homologados podem ser repassados à Previdência, escapando ao âmbito de atendimento do convênio-empresa;
- as empresas médicas, na tentativa de redução de seus custos, estariam prestando um atendimento de qualidade questionável, o que reforçaria a idéia de que nos casos dos convênios não-homologados os trabalhadores acabariam solicitando também os serviços de assistência médico-previdenciária tradicionais.

Os convênios com os Hospitais Universitários e Secretarias Estaduais e Locais de Saúde, apesar da intensa ênfase declarada nos programas de ação do INPS, não parecem ter-se transformado numa opção importante nesse período, dado o seu pequeno número, se comparado com os convênios-empresa. (59)

De qualquer forma, essa ênfase na expansão dos convênios da Previdência, notadamente com o setor público, aponta claramente uma saída possível para a expansão de serviços médicos sem aumento ainda mais forte das despesas.

Em suma, essas medidas de controle, quer via transformações nas formas de gerência dos pagamentos ao setor contratado,

quer via expansão dos convênios em quaisquer de suas modalidades, não conseguem transformar-se em medidas de alcance mais efetivo, uma vez que não transformam a estrutura de organização dos serviços de assistência médica no interior da Previdência Social, não se alterando em consequência o predomínio do setor contratado, como aquele que é responsável pela maior parte dos serviços prestados.

Finalmente, examinemos a reforma da estrutura organizacional da Previdência Social, ou seja, a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS, talvez a medida de maior complexidade adotada nesse período através da Lei nº ... 6.439 de 01/09/77.

Os objetivos principais da criação do SINPAS estariam vinculados a:

- concretização de mais um passo no sentido da universalização e equalização dos serviços e benefícios da Previdência Social brasileira;
- modernização e operacionalização, de forma mais racional, da atuação do conjunto de organizações direta e/ou indiretamente ligadas a questões de previdência e assistência médica e social no Brasil.

Inicialmente, foram instituídas duas novas autarquias, resultantes do desmembramento do antigo INPS: o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS e o Instituto de Administração Financeira da Previdência Social - IAPAS. Além disso, foram extintos o IPASE e o FUNRURAL e transformadas as atribuições do INPS, LBA e FUNABEM.

Desse modo, especializa-se a atuação das organizações previdenciárias. O conjunto de benefícios para o trabalhador urbano, rural e servidor público da União passa a ser gerido por uma única organização, o INPS. Toda a atividade de assistência médica para cada uma dessas clientelas e para a clientela da LBA e da

FUNABEM, ou seja, os denominados "carentes", passa a ser atribuição do INAMPS. A arrecadação e fiscalização das contribuições previdenciárias, bem como a gerência das dotações orçamentárias e demais receitas do SINPAS e o manejo financeiro-patrimonial decorrente da criação de um fundo único (Fundo de Previdência e Assistência Social - FPAS), passam a ser atribuição do IAPAS. A LBA e a FUNABEM continuam suas atividades de assistência ao denominado, oficialmente, "quarto estrato da população" e ao amparo do menor, respectivamente.

O processamento de dados para esse conjunto de instituições continua a ser realizado pela DATAPREV, enquanto o apoio às atividades de assistência médica no campo dos medicamentos cabe à CEME, integrada ao SINPAS, como um órgão autônomo.

Todo esse elenco de organizações, ou seja, três autarquias, duas fundações, uma empresa pública e um órgão autônomo, é gerido pelo Ministério da Previdência e Assistência Social.

No campo específico da assistência médica, fica estabelecido que os programas a cargo do INAMPS seriam compatíveis com o Sistema Nacional de Saúde, sendo inclusive criado mais um mecanismo organizacional que o garantisse: a Comissão Permanente de Consulta (CPC), composta por representantes do MS e do MPAS.

Ainda no que diz respeito à assistência médica, transparece, em vários documentos e estudos que analisam a criação do SINPAS, uma preocupação em compatibilizar o crescimento e a expansão desses serviços e as possibilidades de seu financiamento e controle por parte dos órgãos estatais. (60)

Mas quem define com maior clareza as dificuldades de compatibilização entre o projeto de universalização da assistência médico-previdenciária, seus problemas de financiamento, o aumento da demanda que já ocorre e a dificuldade de controle sobre os produtores privados de bens e serviços é o próprio presidente do INPS, R. Stephanes:

"Em realidade, existem quatro grandes setores influentes nas decisões em relação à assistência médica: as empresas de prestação de serviços de saúde, a indústria farmacêutica, a indústria de equipamentos e o pessoal das equipes de saúde. Em meio às pressões desses setores, às necessidades da população e às possibilidades do País, terão que ser estabelecidos os caminhos para a assistência médica, tendo como objetivo a elevação dos níveis de saúde da população. Desconhecer esses campos de força é trabalhar fora da realidade."(61)

A partir da criação do SINPAS, algumas dessas questões começam a ser enfrentadas:

- separa-se a área de assistência médica das demais áreas previdenciárias através da criação do INAMPS;
- estabelece-se na própria lei de criação do "Sistema Previdenciário" a possibilidade de participação direta dos beneficiários no custeio dos serviços de assistência médica, ampliando-se a possibilidade de captação de novos recursos financeiros para esse setor;
- cria-se uma salvaguarda especial para diminuir a dependência da assistência médico-previdenciária do setor privado prestador de serviços, através da possibilidade de o Poder Executivo requisitar os bens e serviços essenciais a sua continuidade em caso de calamidade pública, perigo público iminente ou ameaça de paralisação das atividades de interesse coletivo a cargo das entidades do SINPAS, ainda que se assegurando ao proprietário indenização posterior. (62)

Isso não significa, entretanto, alterações significativas na estrutura de organização da prestação de serviços no campo da assistência médico-previdenciária, no sentido de reversão da privatização até então ocorrida nessa área. É verdade que se reconhece a área de assistência médica como sensível e se reúne sob o comando de uma mesma entidade todos os serviços médico-previdenciários. No entanto, as modificações realizadas estão longe de se tradu-

zirem na implantação de uma política de assistência médica unificada e uniforme. Além disso, a integração da assistência médico-hospitalar, a cargo do INAMPS, com as políticas de corte médico-sanitário, a cargo do MS e das Secretarias Regionais e Locais de Saúde, um dos problemas centrais a ser enfrentado, carece, para ser resolvida, de ações de outra natureza além da criação de uma Comissão Permanente de Consulta entre o MPAS e o MS.

A criação do SINPAS, em resumo, significou mais uma reforma administrativa para elevar os padrões de eficiência operacional de suas distintas unidades. No entanto, as causas concretas da falta de eficiência não são tratadas de maneira consistente. (63)

Novas tentativas de transformação do perfil da assistência médico-previdenciária só iriam ocorrer na gestão de governo seguinte, no bojo de outras transformações, a nível político-econômico, mais gerais. (64)

A ATENÇÃO MÉDICO-SANITÁRIA: Novos programas e alternativas ao perfil de política social em Saúde

No campo da Saúde Pública, também ocorre durante a gestão Geisel um conjunto de transformações relevantes, se comparadas com o desempenho da intervenção estatal nesse setor no período 1968/73.

As transformações efetuadas podem ser agrupadas, para fins analíticos, em alguns conjuntos de medidas, a saber:

- criação de novos programas, que visam equacionar de maneira abrangente a intervenção estatal no setor de Atenção à Saúde, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS e o II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição - PRONAM;
- continuidade e maior dinamismo aos programas já existentes a cargo do MS;

- aperfeiçoamento de mecanismos de controle sobre os problemas de Saúde Pública, especialmente no que diz respeito à vigilância sanitária;⁽⁶⁵⁾
- dinamização das estruturas organizacionais e de recursos humanos para o desenvolvimento de ações de natureza médico-sanitária;⁽⁶⁶⁾
- revitalização das Conferências Nacionais de Saúde, como locus privilegiado de debates a respeito das alternativas ao encaminhamento da política estatal para o setor de Atenção à Saúde como um todo.

Examinemos em separado o significado da criação de dois novos programas no campo da Saúde Pública, que se distinguem em vários aspectos da dinâmica de atuação governamental em atenção médico-sanitária vigente até esse momento - o II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição - PRONAN e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS.

Esses dois programas são concebidos na Secretaria de Planejamento da Presidência da República e depois incorporados à dinâmica de atuação do Ministério da Saúde, e preconizam uma atuação mais ampla e abrangente das agências governamentais no setor Saúde, evidenciando, cada um em sua área específica de atuação - alimentação e nutrição e serviços básicos em saúde -, as relações da ação no setor Saúde com outras áreas de intervenção governamental nos campos econômico e social. Em consequência, preconizam uma alteração substantiva do formato vigente de organização da intervenção governamental. Finalmente, e em decorrência das características anteriores, necessitam para sua implantação de um considerável volume de recursos de toda a ordem, especialmente financeiros, afastando-se, a nível de proposta, da habitual situação de marginalização que caracteriza a atuação do MS nesse aspecto.

A proposta do II PRONAN pode ser sintetizada da seguinte forma:⁽⁶⁷⁾

- tem como objetivo central a promoção da "desconcentração da ren

da na mesma fase em que esta é gerada, comprando alimentos que serão utilizados nos subprogramas de suplementação alimentar diretamente do pequeno e médio produtor de regiões deprimidas". Além disso, propõe-se a viabilizar "aumentos reais na renda direta de toda a população através do estímulo à produção e da racionalização da comercialização dos alimentos básicos"; "

- parte de um diagnóstico da situação a ser enfrentada, situando claramente as carências no campo da alimentação da grande maioria da população brasileira, o descaso pela situação do pequeno agricultor e a estagnação da oferta de alimentos básicos aos contingentes de baixa renda;
- tem como pressupostos básicos a atenção imediata sobre o proceso de distribuição da renda; a interferência concreta no campo das medidas econômicas no sentido de dar-lhes conteúdo social; a adoção de medidas específicas de assistência social somente em caráter complementar ou emergencial e transitório; o incremento da produção de alimentos básicos com estímulo simultâneo do pequeno e médio produtor rural; evitar sistematicamente a forte tendência das atividades sociais de privilegiarem os agentes prestadores de serviços; evitar a adoção de programas isolados da produção de alimentos básicos, visto que os contingentes populacionais mais carentes já despendem na compra de alimentos, parte substancial de seus rendimentos, devendo atuar também e de forma conjunta no sistema de comercialização e na política de preços;
- propõe uma relação desse programa com a política agrícola do governo, que resultasse na descentralização das oportunidades de investimento em favor das regiões deprimidas, com conseqüente aumento das áreas cultivadas, de unidades beneficiadoras de alimentos, cooperativas agroindustriais etc.
- ainda no que diz respeito à relação desse programa com a política agrícola, preconiza-se no PRONAN a descentralização da renda em benefício das pequenas unidades agrícolas, através da compra

sem intermediários de sua produção, de forma a solucionarem-se dois graves problemas na estrutura vigente de abastecimento - a estreiteza e insegurança do mercado e a intermediação especulativa;

- o enfoque proposto para a atuação do programa no campo social seria o de proporcionar a suplementação a partir de alimentos básicos e in natura com perfeita adequação nutricional e vantagens comparativas em relação aos custos dos programas de suplementação alimentar de outra natureza;
- teria como áreas prioritárias de atenção as regiões de baixa renda do Nordeste;
- em relação à sua estrutura interna de funcionamento divide-se em duas partes - a racionalização do Sistema de Produção e Comercialização de alimentos básicos mediante o reordenamento do sistema de estímulos e incentivos fiscais e a distribuição nos programas de suplementação alimentar de produtos naturais; o que implicaria, de um lado, transformar o esquema de subsídios à agricultura, até então destinados majoritariamente à agricultura de exportação e ao grande produtor; e de outro, opor-se (o programa) à diretriz até então adotada de estímulo à distribuição, nos programas de suplementação, de alimentos industrializados, com manipulação sofisticada e até mesmo estranhos ao cardápio popular.

Ainda que a análise do desempenho desse programa seja feita em outro capítulo deste trabalho, cabe destacar algumas características, dificuldades e contradições que o PRONAN apresenta em sua própria concepção e que problematizam sua execução a nível político-organizacional:

- este tipo de ação não se volta, como outros programas na área de Atenção à Saúde, para a doença em si mesma, mas traduz-se numa tentativa de fazer desaparecer as condições propiciadoras de seu aparecimento;

- apresenta-se mais como um pequeno programa de Política Agrícola e Abastecimento do que como um programa tradicional no campo da nutrição. O próprio enfoque abrangente da questão da desnutrição adotado pelo PRONAN direciona as suas ações para a questão da produção e comercialização de alimentos a partir do apoio e financiamento ao pequeno agricultor, à margem das ações do próprio Ministério da Agricultura. Desse modo, adquire um perfil de atuação que o afasta das orientações predominantes das ações de governo no campo da agricultura;
- além disso, vai contra os programas tradicionais no campo da suplementação alimentar, que, ao contrário do PRONAN, adotam a política de utilização de alimentos industrializados;
- é crítico em relação à política econômica vigente no que diz respeito a outro importante aspecto, ou seja, o perfil de distribuição de renda desigual e concentrado que dela resulta, ainda que por razões estratégicas não apareça claramente explicitado;
- o organismo que deveria coordenar a própria implantação do programa, o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN, que por sua natureza envolve uma ação interministerial, não possui nem uma posição prioritária no próprio MS ao qual está ligado, nem recebe a partir da formulação do II PRONAN um mínimo de recursos necessários à realização dessa coordenação. Em outras palavras, inexistem a constituição de mecanismos que possibilitem ao INAN interferir na definição da alocação de recursos financeiros e operacionais pressupostos no PRONAN, que são manejados autonomamente pelos vários ministérios participantes.

Em relação à proposta de atuação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS⁽⁶⁸⁾ cabe destacar:

- o programa surge em decorrência tanto do desenvolvimento de um corpo doutrinário e conceitual, baseado em critérios de regionalização, hierarquização, integração de serviços e na ênfase em cuidados primários desenvolvidos por pessoal auxiliar a partir

de experiências alternativas de prática médica estimulada pelos organismos internacionais de planejamento e avaliação das políticas de Saúde em decorrência da situação crítica do setor em diferentes países; como pela abertura de espaços para a proposição de modelos alternativos de organização dos serviços de saúde, em níveis e regiões pouco atrativas à iniciativa privada, que acontece a partir da edição da Lei que estabelece o Sistema Nacional de Saúde;⁽⁶⁹⁾

- seu objetivo central é a implantação de uma estrutura básica, de Saúde Pública nas comunidades de até 20 000 habitantes, no Nordeste, de modo a contribuir para a melhoria do nível de saúde da região;
- parte de um diagnóstico onde, ao se identificarem os principais problemas de saúde da população nordestina, constata-se que uma parcela ponderável dessa população não tem acesso permanente a qualquer tipo de serviço no campo médico-sanitário; a consequência dessa constatação é o alto grau de vulnerabilidade que essa população apresenta em relação a um conjunto de enfermidades evitáveis através de ações sanitárias simples e de baixo custo.⁽⁷⁰⁾
- tem como diretrizes básicas no campo da Atenção à Saúde "a ampla utilização de pessoal de nível auxiliar recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas; ênfase na prevenção de doenças transmissíveis inclusive as de caráter endêmico, no atendimento da nosologia mais frequente e na detecção precoce dos casos mais complexos, com vistas ao seu encaminhamento a serviços especializados; o desenvolvimento de ações de saúde, caracterizadas por serem de baixo custo e alta eficácia; disseminação de unidades de saúde tipo miniposto integradas ao sistema de saúde da região e apoiadas por unidades de maior porte, localizadas em núcleos populacionais estratégicos; integração a nível dos diversos organismos públicos integrantes do Sistema Nacional de Saúde; participação comunitária; e, finalmente, a desativação gradual de unidades itinerantes de saúde a serem substituídas por serviços básicos de caráter permanente";⁽⁷¹⁾

- propõe-se, além disso, uma atuação no campo do saneamento básico por meio da implantação de serviços simplificados de abastecimento de água, coletivos (chafarizes) ou com ligações domiciliares; da doação de material necessário à instalação de fossas e privadas domiciliares; do desenvolvimento de campanhas educativas destinadas a orientar a população local para a destinação correta de dejetos líquidos e sólidos de origem domiciliar; e do incentivo ao apoio ativo da comunidade a essas ações através de seus membros, que deveriam participar de forma coletiva e/ou individual com sua força de trabalho, sem remuneração, em todas as fases de desenvolvimento do PIASS.⁽⁷²⁾ A intervenção também na área de saneamento básico deriva-se da constatação da alta incidência de mortes por enfermidades de veiculação hídrica, notadamente a esquistossomose;
- a pretensão do programa é constituir-se em um embrião de um sistema nacional de saúde que funcione de forma integrada nos diferentes níveis, ajustado à heterogeneidade das diferentes comunidades a que deve servir, com uma distribuição racional de recursos humanos e materiais, localizando aqueles de maior complexidade e sofisticação, estrategicamente, de modo a permitir a disseminação supervisionada tecnicamente e amparada do ponto de vista material, de serviços simplificados;⁽⁷³⁾
- para tanto, preconiza uma revisão gradual na alocação de recursos públicos para a Saúde, que deveria pautar-se por uma orientação derivada do exame dos próprios indicadores de saúde. Tal manejo possibilitaria a implantação e funcionamento do Programa, com um aporte adicional de recursos pequeno se comparado com o volume de serviços adicionais que seriam prestados;⁽⁷⁴⁾
- os mecanismos de coordenação que o programa propõe são de natureza interinstitucional e nos diferentes níveis de governo envolvidos em sua execução e avaliação.⁽⁷⁵⁾

Também em relação ao PIASS, cabem algumas observações referentes à natureza e contradições de sua proposta:⁽⁷⁶⁾

- a proposição da adoção de unidades simplificadas como elemento básico de atendimento e de sua conseqüente expansão contém uma ambigüidade. A hierarquização de serviços proposta tanto pode ser entendida como uma forma de extensão de cobertura dos serviços de saúde, onde as unidades simplificadas cumpririam um papel de "porta de entrada" a um sistema integrado com diferentes níveis de complexidade, funcionando como um mecanismo de expansão da capilaridade do sistema; ou como uma barreira, onde a atenção primária teria a função de obstaculizar o acesso a outros níveis de atendimento de maior complexidade (proposição implícita de uma medicina simples para gente simples, com doenças simples);
- essa ambigüidade decorre em parte do pressuposto também implícito ao próprio projeto, de que sua adoção serviria para diminuir os gastos realizados no setor, sem que fosse feita nenhuma menção à necessidade de correção das distorções responsáveis, em grande parte, pelo alto custo dos serviços prestados, ou seja, a privatização dos serviços associada ao seu pagamento com base nas "unidades de serviço". Isso leva, se o atendimento primário não funcionar como barreira, a considerar a hipótese de que uma maior oferta de serviços a nível periférico, ao contrário de implicar uma diminuição dos gastos no setor, funcione como um canal através do qual a demanda reprimida tenha acesso aos serviços mais complexos, onde, dado o seu perfil de organização, se agravariam as distorções já existentes;
- o problema acima pode ser em parte atenuado se atentar-se para uma outra opção implícita em que o PIASS parece apoiar-se: o fortalecimento do setor público, notadamente das Secretarias de Saúde, através da multiplicação de suas unidades de atendimento. Se isso for conseguido, mesmo a médio e longo prazos, a predominância do setor privado no campo da prestação de serviços pode alterar-se. Essa questão se coloca, portanto, como um ponto estratégico e, em conseqüência, como área de atrito tanto em relação ao setor privado, como em relação ao próprio INAMPS que detém o controle centralizado da maior parcela do atendimento realizado;

- outra questão que merece destaque diz respeito ao próprio conceito de participação comunitária, que aparece sempre a partir de uma visão instrumental da população, ou seja, como elemento a garantir base de apoio ao programa e/ou como forma de conseguir-se a cooperação das comunidades em suas atividades. Isto materializar-se-ia, por sua vez, na garantia de custos operacionais mínimos através da utilização de mão-de-obra local sem remuneração. No PIASS, não se coloca o problema da participação comunitária como um elemento de dinamização dos mecanismos de organização e pressão da população - alvo do programa por melhores condições de saúde. A participação nas decisões restringe-se, dessa forma, a problemas secundários, locais ou setoriais ("ilusão participatória") e vedando-se que esta alcance as decisões estratégicas e de caráter mais global do programa;
- além disso, a própria comunidade rural é entendida no documento de formulação do PIASS como um todo homogêneo e que, portanto, é passível de ser promovido no seu conjunto. Fica diluída a diversidade estrutural e de classe dos interesses existentes em cada comunidade, passando-se a imputar a diversidade a características individuais e/ou psicoculturais;
- finalmente, apesar de o programa reconhecer que o nível de renda é o determinante principal das condições de saúde, sua proposta operacional traduz-se na incorporação, além dos serviços de Atenção à Saúde, de ações no campo da nutrição, saneamento etc., acabando por ressaltar uma visão que preconiza a melhoria das condições de vida como resultado automático de um somatório de projetos setoriais. Em outras palavras, não se faz uma crítica mais profunda em relação à responsabilidade estatal na geração das desigualdades que, em parte, o programa procura corrigir, como ainda desvia-se, implicitamente, para a esfera do consumo a solução de algo que se origina na esfera da produção. (77)

De qualquer forma, tanto o PIASS quanto o PRONAN, apesar das limitações e retaliações que sofrem, constituem-se em projetos inovadores que terão influência significativa nas propostas alternativas ao perfil vigente, e que adquirirá maior grau de acabamento no final da década dos 70.

Em síntese, o conjunto de medidas realizadas a nível de atenção médico-sanitária é expressivo em si mesmo, dadas a sua abrangência, a complexidade das ações que envolve e sua importância para uma ação mais efetiva na melhoria das condições de saúde da população. Esse conjunto parece, entretanto, padecer de alguns problemas crônicos e recorrentes:

- a posição ainda marginal do MS e das Secretarias Regionais de Saúde no que diz respeito à definição de recursos para sua atuação, especialmente no campo financeiro, independentemente de comprovar-se em muitas áreas o domínio de técnicas de intervenção eficientes e efetivas; ⁽⁷⁸⁾
- a ausência de integração não só entre a assistência médico-sanitária (a cargo do MS, órgãos subordinados e Secretarias Regionais e Locais de Saúde), mas também no interior das últimas. Existem superposições entre níveis de governo, o que leva a dificuldades ainda maiores de adoção de programas integradores e de novo corte, como o PIASS, e mesmo de continuidade dos programas já tradicionais. ⁽⁷⁹⁾

Dessa forma, a questão central de montagem de uma estrutura integral e hierarquizada de Atenção à Saúde parece enfrentar, nesse momento, obstáculos derivados dos conflitos entre setores público e privado e no interior do próprio setor público, mesmo se tomadas as organizações que atuam em uma mesma (e até o presente marginalizada) área de atuação estatal - a atenção médico-sanitária.

2.3 - O INÍCIO DOS ANOS FIGUEIREDO: OS (DES) CAMINHOS DA INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICO-ASSISTENCIAIS

De acordo com a análise feita, a política governamental no setor de Atenção à Saúde, até este momento, foi marcada pela predominância de seu pólo médico-hospitalar a cargo da Previdência Social. Essa predominância foi o resultado de um conjunto de medidas que:

- completaram o processo de unificação, centralização e complexificação do aparelho previdenciário no que diz respeito aos mecanismos de gestão mais globais e de manipulação dos recursos financeiros;
- levaram à adoção gradual de critérios de expansão dos programas que visaram à universalização da cobertura do complexo previdenciário, estendendo-o formalmente a grande parcela da população brasileira;
- reafirmaram a continuidade da orientação privatizante na prestação de serviços médicos, materializada na adoção de uma política conciliatória e contraditória. Simultaneamente, estimulava-se a participação dos órgãos públicos não-ligados diretamente à Previdência Social, as empresas médicas de pré-pagamento e, de certa forma, até o setor próprio do INAMPS e continuava-se a apoiar de forma crescente o setor privado contratado por unidades de serviço. Tenta-se, nesse último caso, a criação de mecanismos de controle do aumento de despesas com o setor. Em resumo, uma política ambígua onde se pretendeu refrear o "dinamismo" excessivo e desenfreado experimentado pelo setor privado contratado, escoando-se parte da demanda criada pela expansão da cobertura e da oferta de serviços patrocinada pelo próprio Estado, sem ferir a complexa articulação de interesses entre a burocracia estatal e esse segmento empresarial.

No que diz respeito à atenção médico-sanitária, observou-se um conjunto de tentativas que visam resgatar os programas de Saúde Pública da situação marginal em que se encontravam e, principalmente, formular alternativas ao perfil dominante de orga

nização da intervenção estatal no setor saúde como um todo. Essas alternativas vão desde a estruturação mais global delineada a partir do SNS até experiências que procuram uma integração das ações de saúde a nível programático e operacional.

A abertura de "espaços políticos" para que esse movimento se inicie está ligada ao reconhecimento da incapacidade crescente da assistência médico-previdenciária em resolver os problemas de saúde da população, à diretriz de racionalização dos dispêndios nesse pólo e à viabilização da universalização do atendimento (fator de inquestionáveis dividendos políticos). Tudo isso acaba colocando como questão central nessa nova conjuntura de governo a necessidade e oportunidade de constituição de uma rede única de atendimento, integrada e hierarquizada, eliminando-se a dicotomia entre atenção médico-hospitalar e sanitária e o fracionamento a nível das próprias organizações que atuam no setor.

Como pano de fundo dessas dificuldades que o governo que se inicia terá de enfrentar no setor Saúde, temos:

- uma conjuntura econômica adversa e de declínio relativo, advinda em parte da crise por que passa nesse momento o capitalismo internacional e que se potencializa internamente, dadas as opções de política econômica que nortearam o desenvolvimento brasileiro, nesse aspecto, até então; (80)
- a reafirmação do compromisso do Governo Figueiredo com o processo de abertura lento, gradual e seguro, apesar dos percalços por que passara no final da gestão anterior, os quais, mesmo controlados provisoriamente, deixaram uma herança de tensões políticas e sociais de magnitude significativa. (81)

Dessa forma, o contexto político-econômico mais geral reafirma, ao nível do papel que jogaria o conjunto de políticas sociais estatais, dois aspectos determinantes e contraditórios que terão peso significativo na definição dos rumos da política social em saúde e na forma de resolução dos conflitos internos ao setor já existentes.

De um lado, aparece claramente a importância da continuidade de expansão das políticas sociais em geral e de Atenção à Saúde em particular, atuando como elemento relevante de auxílio à estratégia de transformação do regime sem transmissão do comando, especialmente se considera-se que essa estratégia passa pelo revigoração do jogo político-partidário e pelo processo eleitoral (políticas sociais estatais enquanto instrumento de mobilização e sustentação política a serviço do novo partido do governo ante o conjunto da população). De outro lado, a escolha da forma de enfrentamento da crise econômica interna poderia significar a opção por um conjunto de diretrizes de política econômica que obstaculizassem a expansão ou mesmo a continuidade do gasto estatal no campo social, problematizando, conseqüentemente, o seu funcionamento enquanto "máquina de distribuição de bens" e catalisadora de bases sociais de apoio ao novo Governo e a seu partido.

Esses constrangimentos mais globais chocam-se, por sua vez, com o conjunto de interesses localizados internamente ao setor de Atenção à Saúde e Previdência Social, conformando uma trama de relações político-organizacionais que se tentará explicitar a seguir.

Com a mudança de governo, assume o Ministério da Previdência e Assistência Social o Dr. Jair de Oliveira Soares, parlamentar situacionista de expressão e ex-Secretário da Saúde do Rio Grande do Sul, onde havia conseguido realizar uma gestão bem-sucedida.

A escolha desse nome para a direção de um Ministério extremamente importante na área social representa, além da existência de ligações pessoais com o "novo grupo palaciano", a realização de uma parte da estratégia de direção política citada anteriormente (ou seja, a utilização da "máquina social estatal" para reforço do processo de "abertura democrática") e da luta político-eleitoral que se travaria após a reforma partidária. Explica-se desse modo a escolha de um político para o comando do SINPAS com votação expressiva, com certa experiência no campo da saúde e que teria não só trânsito fácil no meio parlamentar, como também intenções declaradas desde o início de sua gestão em concorrer ao

governo do Rio Grande do Sul, um dos fortes redutos da oposição ao regime, que essa coalizão governante em última instância representa. Juntamente com Jair Soares, assume a presidência do INAMPS o Dr. Harri Graeff, ex-presidente da Associação Médica do Rio Grande do Sul.

Essas mudanças acarretam, no âmbito do complexo previdenciário, uma transformação significativa nos quadros técnicos ligados a sua cúpula dirigente, tanto a nível federal como regional.⁽⁸²⁾

Para o Ministério da Saúde, é nomeado por curto período o médico Castro Lima, que por razões pessoais retira-se após sete meses do comando desta Pasta. Em seu lugar é nomeado o sanitarista Valdir Arcoverde, até esse momento na presidência do INPS e estreitamente ligado ao grupo Jair Soares. Ocorre dessa forma e de maneira casual uma troca de comandos que coloca em afinada sintonia, ao nível da cúpula dirigente, esses dois Ministérios até então situados em áreas distintas.

Do ponto de vista do formato vigente de organização da intervenção estatal em Atenção à Saúde, essas modificações significam:

- a preparação para a utilização em ritmo mais intensivo do complexo previdenciário enquanto máquina política da coalizão governante e de seu partido;
- a possibilidade de uma inserção ainda maior da AMB e da FBH no processo de decisão dos destinos da assistência médico-previdenciária, dada a indicação de um grupo ligado a essas instituições para exercer a presidência do INAMPS;
- o relativo alijamento da Medicina de Grupo do processo de decisão das transformações por que passaria a medicina previdenciária, dada a predominância da AMB na presidência do INAMPS;⁽⁸³⁾
- a possibilidade de articulação entre o MPAS e o MS, dada a composição das cúpulas dirigentes dos Ministérios, o que poderia

ampliar o espaço para o surgimento de uma proposta de unificação e integração das ações estatais em Atenção à Saúde. (84)

A análise do sentido que irá adquirindo, ao longo do biênio 1979/80, o conflito sobre as transformações no setor de Atenção à Saúde, além dos elementos acima enunciados, deve considerar:

- a diretriz de redução de custos sem a queda na expansão do atendimento da assistência médica;
- os graus crescentes de pressão das organizações representativas dos interesses dos profissionais assalariados ligados ao setor e da própria população para a transformação do perfil vigente da política estatal em Saúde; (85)
- as dificuldades (reais ou potenciais) que os próprios hospitais e outras unidades de apoio a nível do setor privado parecem começar a enfrentar, motivo de constantes reclamos da FBH e da AMB por maiores e melhores subsídios estatais a nível do financiamento das despesas de investimento e de remuneração dos serviços prestados. (86)

A solução preconizada pelo governo para esse conjunto de impasses é a proposição de uma alteração substantiva no formato médico-assistencial privatista da política social em saúde, através, da formulação de um projeto abrangente, ambicioso e de grande impacto político e social.

No início de 1980, é convocada a VII Conferência Nacional de Saúde, cujo tema único de discussão diz respeito à implantação de uma rede básica de serviços de saúde. Essa Conferência (87) serve como "piloto" para a formulação do grande e ambicioso projeto acima citado, denominado Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), patrocinado pelo MS e pelo MPAS, com o objetivo de estender a cobertura de cuidados primários de saúde à quase totalidade da população brasileira, articulando simultaneamente as diversas organizações estatais e privadas em uma rede única, hierarquizada e regionalizada.

O projeto PREV-SAÚDE é encomendado inicialmente a um Grupo Técnico Interministerial, que apresenta um primeiro anteprojeto de "circulação restrita" em agosto de 1980.

Nesse anteprojeto são destacados como objetivos do Programa:

- "- estender a cobertura por serviços básicos de saúde a toda a população;
- reorganizar o setor público de saúde pela articulação das diversas instituições existentes e pela reordenação da oferta de serviços, implicando a redução dos custos unitários e o aumento da produtividade dos recursos disponíveis;
- promover a melhoria das condições gerais do ambiente, conferindo ênfase à implantação de sistemas simplificados de abastecimento de água para populações não-cobertas pelos atuais programas e às medidas sanitárias - destino adequado de dejetos e melhorias habitacionais - necessárias ao controle da esquistossomose e da enfermidade de Chagas."(88)

Os dois primeiros tópicos dizem respeito aos objetivos do PREV-SAÚDE no que se refere ao atendimento às pessoas e convergem para a necessidade de ampliação da rede pública de serviços de saúde e da garantia a todos de acesso aos diferentes níveis de atendimento.

A abrangência do PREV-SAÚDE seria ampla, ou seja, em todo o território nacional e para a totalidade da população brasileira, incorporando todas as instituições de saúde do setor público e aquelas do setor privado que atendessem a determinados critérios.(89)

O eixo central das ações do PREV-SAÚDE é constituído pelos serviços básicos de saúde,(90) prioritários em relação a outros níveis mais complexos de atendimento que lhes dão apoio.

A prioridade de atuação do programa é o atendimento de

áreas rurais e periféricas dos grandes centros urbanos onde exista a prevalência de endemias ou a concentração de pobreza.

As diretrizes principais do Programa nesse anteprojeto inicial seriam:

- responsabilidade pública pelos serviços básicos e pela condução e controle de todo o sistema;
- articulação entre as instituições públicas;
- descentralização decisória e operacional;
- integração entre as ações de promoção, recuperação e reabilitação;
- regionalização;
- simplificação de técnicas e meios;
- eficiência administrativa, sem prejuízo da eficácia social;
- participação comunitária.⁽⁹¹⁾

Seu esquema operacional estrutura-se a partir do estabelecimento de níveis de atenção articulados entre si, e que vão do nível informal-comunitário ao atendimento especializado. Em cada nível, ter-se-iam unidades de saúde típicas com funções e recursos suficientes para a resolução dos problemas de sua esfera de competência, recebendo apoio dos níveis superiores e prestando-os aos inferiores (modelo regionalizado, hierarquizado, funcionalmente unificado e operacionalmente articulado).

A gestão do Programa pressupõe três níveis diferenciados e articulados entre si:

- nível federal - articulação do MS e do MPAS através de uma Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), responsável pela articulação com outros Ministérios e pela con

dução do Programa nesse nível, e coordenada pelos Secretários Gerais do MS e do MPAS;

- nível estadual - articulação entre a Secretaria Estadual de Saúde (SES), MS, INAMPS e MPAS através de uma Comissão Interinstitucional de Planejamento Estadual - CIPE, presidida pelo Secretário Estadual de Saúde; a SES seria responsável pela coordenação operacional do Programa nesse nível;
- nível regional - criação de Diretores Regionais de Saúde, pertencentes às SES, com jurisdição sobre cada uma das Regiões de Saúde das diferentes unidades federadas. Esses órgãos teriam um conselho deliberativo integrado por representantes da SES, do INAMPS, de municipalidades e outras instituições com atuação significativa na área.

Para que os objetivos do PREV-SAÚDE pudessem ser cumpridos, o anteprojeto destacava a necessidade de redirecionamento da expansão da rede assistencial, de forma a privilegiar o crescimento das redes estaduais e locais de saúde, notadamente no campo dos serviços básicos. A manutenção de órgãos federais na prestação direta de serviços e/ou sua expansão estaria na dependência da demanda gerada pelos serviços básicos. Isso implicaria a "maximização da produtividade dos recursos (públicos) existentes em todos os níveis, através do pleno aproveitamento de sua capacidade ociosa já evidenciada, de forma a oferecer desejáveis padrões de atendimento a custos suportáveis e controláveis". (92)

No que diz respeito aos recursos humanos necessários ao funcionamento do Programa, destacam-se a criação de uma multiplicidade de novos empregos e "o incentivo ao regime de tempo integral e dedicação exclusiva; a formulação de planos estaduais de cargos e salários para todas as categorias; a coibição de credenciamento ou contratação por instituições públicas, dos profissionais envolvidos no Programa com vistas à prestação privada de serviços de saúde finais ou complementares; a adoção de política salarial apropriada com estímulo ao exercício em localidades carentes e ao desempenho desejado; e o desenvolvimento de sistemas de

supervisão e de educação continuada". (93)

As metas do programa são ambiciosas, (94) sendo que seus custos de investimento envolveriam recursos de origem interna e externa, totalizando, a preços de julho de 1980, a cifra de Cr\$. 156,9 bilhões. O financiamento de sua operação seria feito exclusivamente por fontes internas, sendo previsto para 1987 uma participação do INAMPS em 59,8%, do MS em 9,9%, dos Estados em 18,9%, dos Municípios em 5,6% e de outras fontes em 5,8% no total de recursos necessários.

Esse anteprojeto, pela amplitude das reformas que propõe, gera uma série de oposições. Inicialmente, manifesta-se a presidência do INAMPS através de ofício reservado ao gabinete do Ministro da Previdência, colocando-se de forma claramente contrária à proposta inicial. Alega-se uma série de imperfeições a níveis político, econômico e técnico. Em síntese, o centro da problemática subjacente aos argumentos apontados pelo INAMPS diz respeito a que o PREV-SAÚDE, na versão inicial, poderia implicar:

- um avanço sem precedentes do controle da prestação dos serviços de saúde pelo setor público, e em especial a nível das Secretarias Estaduais e Locais de Saúde;
- uma restrição acentuada ao controle que essa organização detinha sobre essa área da atuação estatal, tanto no que diz respeito as articulações com o setor privado como com relação ao manejo dos recursos financeiros, até então sob sua jurisdição completa e absoluta;
- a possibilidade de extinção do próprio INAMPS no futuro, ou sua passagem à esfera de jurisdição do MS, com um peso político muito menor, dadas as possibilidades de êxito de implantação da rede básica, a níveis regional e local;
- restrições severas ao crescimento do setor privado prestador de serviços, notadamente do segmento contratado, ao qual a cúpula do INAMPS, nesse momento, estava ligada.

E isso, certamente, era mais do que a cúpula dirigente do INAMPS poderia admitir, mesmo estando relativamente de acordo com as necessidades de realização de algum tipo de transformação no perfil vigente de organização da intervenção estatal no setor.

Sucessivamente, posicionam-se de maneira antagônica ao anteprojeto inicial a FBH, a AMB e a própria ABRAMGE, ainda que com perspectivas diferenciadas. A FBH e a AMB, identificadas nessa conjuntura, dado o perigo que julgam iminente de estatização do setor Saúde, posicionam-se pela manutenção do atual perfil médico-assistencial privatista, postulando novos reajustes, incentivos e esquemas de financiamento ao setor hospitalar privado. A AMB advoga ainda a desvinculação do pagamento de honorários médicos das contas hospitalares.⁽⁹⁵⁾ A ABRAMGE, por sua vez, através da formulação de um extenso estudo denominado "Reformulação do Modelo Assistencial Médico", apresenta, alternativamente à proposta do PREV-SAÚDE, o maior incentivo e apoio aos grupos médicos: a divisão da clientela potencial do setor privado, de forma a ter garantida uma demanda estimada de 45 milhões de pessoas, obtendo uma posição, até então negada, de "porta de entrada" do complexo médico-empresarial. Utilizaria, segundo essa proposta, a infra-estrutura hospitalar tanto particular como estatal.⁽⁹⁶⁾

De outro lado, as oposições ao perfil vigente da política de Atenção à Saúde se posicionam de maneira discreta e tímida ante o projeto, negando-se de certa forma a apoiá-lo maciçamente.⁽⁹⁷⁾

Esse conjunto de constrangimentos leva à formulação de um novo anteprojeto do PREV-SAÚDE, agora tarjado com a chancela "de oficial" e que incorpora a maioria dos reclamos analisados.

As principais modificações realizadas no Programa e apontadas, inclusive em documento interno do Grupo Técnico Interministerial responsável pela primeira versão do PREV-SAÚDE, são:⁽⁹⁸⁾

- não é mais proposta a expansão de uma rede pública de serviços básicos de saúde, que funcionaria como porta única de entrada ao

sistema de saúde. Omite-se a opção feita de bloqueio à compra de serviços ao setor privado nesse nível. Não são esclarecidas, dessa forma, as articulações do setor público com o setor privado (medidas de controle e enquadramento), o que torna ambíguo o novo texto do PREV-SAÚDE numa área considerada central do Programa;

- não existe mais uma definição clara e precisa de qual nível, no interior do próprio setor público, terá prioridade na expansão da rede de serviços básicos. Ou seja, em lugar da opção feita de privilegiamento das Secretarias Estaduais e Locais de Saúde no primeiro anteprojeto, aparece uma omissão que deve ser entendida como uma clara intenção de não colocar limites à expansão da rede de atendimento federal;
- deixa de existir a proibição da dupla militância dos recursos humanos utilizados (no setor público e no setor privado) e de estar previsto um alto grau de resolução esperado da rede básica. Em outras palavras, ao omitir-se o reconhecimento da necessidade de adoção de medidas de controle, tanto a nível dos recursos humanos quanto de contratação de serviços privados da Previdência Social, não sô se deixa de evitar transferências desnecessárias para a rede privada, como se reduz a capacidade resolutive da rede, que com tal magnitude em vez de diminuir as distorções existentes no perfil atual de política de saúde as acentuaria, com evidente vantagem para o setor privado, mas gerando pressões financeiras insuportáveis ao sistema de saúde;
- no que diz respeito à coordenação do Programa a nível estadual, deixa de existir a definição de que a articulação operacional seria de atribuição da Secretaria Regional de Saúde, que atuaria com a cooperação do MS e do INAMPS. Cria-se uma Secretaria Executiva subordinada à CIPE com composição paritária. Caberia à Secretaria Estadual de Saúde coordenar as atividades do programa desenvolvidas diretamente pelos órgãos estaduais e locais, devendo articular-se com os organismos federais a nível programático. Ou seja, retira-se da Secretaria Estadual a atribuição da coordenação operacional;

- esvazia-se o poder decisório da própria CIPE, uma vez que é retirada sua atribuição de gestora dos recursos financeiros, que originalmente deveriam ser aglutinados em fundos estaduais e municipais. A própria idéia de fundo deixa de existir concretamente, passando a adotar-se o mecanismo tradicional de repasse vinculado de recursos;
- a idéia de universalização, que no primeiro anteprojeto dizia respeito a todos os níveis de atendimento (inclusive aqueles recobertos pelo conceito de serviços básicos), é apresentada na nova versão também de forma ambígua. Isso porque se restringe a idéia de universalização aos serviços prestados pelo PREV-SAÚDE, podendo adotar-se o entendimento de que esse diz respeito somente aos níveis incluídos nos serviços básicos;
- altera-se substancialmente a idéia de participação comunitária, reduzida a uma menção superficial, perdendo o caráter mais amplo de participação no processo decisório;
- exclui-se toda a parte do Projeto que definia os perfis das unidades de atendimento no que diz respeito aos seus recursos físicos, materiais e humanos, abrindo-se a possibilidade à construção de unidades diferenciadas e que podem ser rotuladas indistintamente de unidades básicas. Com isso, perder-se-ia a oportunidade de desenvolvimento de equipamentos e instalações adequadas às prestações de serviços básicos de saúde.

Essa nova versão do anteprojeto, já devidamente "ajustada" à correlação de forças políticas internas⁽⁹⁹⁾ ao setor de Atenção à Saúde, é divulgada oficialmente e distribuída à grande maioria das entidades públicas e privadas que atuam nesse setor. Essa divulgação teria como objetivo a apreciação do Programa de forma ampla, abrindo-se a possibilidade do envio de sugestões que visassem ao aperfeiçoamento do PREV-SAÚDE e que poderiam ou não ser incorporadas ao projeto em seu formato final, a critério da CIPLAN.⁽¹⁰⁰⁾

As sugestões recebidas são analisadas pela CIPLAN e materializam-se em novas alterações do Projeto, apresentadas na Co

missão de Saúde da Câmara. A partir de então, o Projeto sai do circuito de atenções principais e torna-se aparentemente alternativa secundária. As razões desse "esfriamento" do Projeto, apesar de nebulosas, dado que ele ainda existe oficialmente, podem estar ligadas a duas ordens de fatores:

- a inexistência de um acordo "político" entre os diferentes grupos de interesse existentes nos setores privado e público atuantes na área, levando a um "impasse" no que diz respeito ao formato aceitável do projeto;
- as diretrizes da política econômica do Governo, que levaram efetivamente ao desaquecimento da economia, a cortes no gasto público e à própria crise financeira da Previdência Social. Dado que o Programa exigia para a sua realização um volume considerável de investimentos, e outro não menos significativo para a operação da rede integrada, e que se contava para isso, no primeiro caso, com um aporte de recursos de origem interna e externa e, no segundo, com um grande volume de recursos oriundos da própria Previdência Social, ele se choca diretamente com a forma recessiva de administração da crise econômica que passa a vigorar.

NOTAS

- (1) Consulte-se em relação a essa problemática Martins (1977) e (1981) e Cardoso (1975).
- (2) Cabe lembrar, entretanto, que é suprimido tudo aquilo que diz respeito às possibilidades de as classes trabalhadoras se mobilizarem através de sindicatos livres, partidos políticos com autonomia e de natureza programática e outras organizações congêneres, e participarem, através dessas, dos processos de decisão e implantação dos programas de governo.
- (3) A análise desenvolvida em relação às alternativas de encaminhamento da política social em Saúde, no período 1960/64, beneficia-se das informações contidas no Capítulo III do trabalho de Luz (1979) e no Capítulo II do trabalho de Cordeiro (1981). As interpretações, no entanto, não podem ser atribuídas a esses dois autores a não ser quando expressamente citados.
- (4) Cf. Cordeiro (1981), pág. 76.
- (5) Silveira, Mário Magalhães citado em Luz (1979), pág. 101/2.
- (6) Cf. Luz (1979), pág. 103.
- (7) Cf. Luz (1979), pág. 105.
- (8) Cabe lembrar que a Federação Brasileira de Hospitais, organismo que congrega grande parte dos interesses do setor privado prestador de serviços de saúde, e que teria ao longo da década dos 70 um papel de destaque na defesa desses mesmos interesses em relação à continuidade do perfil de política em atenção à saúde, só é criada em 1966 - Cf. Luz (1979), pág. 116, nota 45.
- (9) Sobre o papel da Escola Superior de Guerra como centro principal de articulação do movimento militar de 1964, ver Martins (1981), págs. 46 a 60.
- (10) Sobre a importância da Previdência Social no projeto de direção política do Governo Castelo Branco vide, entre outros, Malloy (1979), págs. 123 a 130 e Martins (1981), pág. 88 e 89.
- (11) Cf. Cordeiro (1981), pág. 77.
- (12) A análise desenvolvida sobre as transformações na Previdência Social no período 1964/67, beneficia-se das informações contidas nos trabalhos de Cordeiro (1981) e Malloy (1979) não devendo ser atribuída a esses autores a interpretação que se dá às mesmas, a não ser quando expressamente citados. No que se refere aos planos de modificação envolvendo o Ministério da Saúde, as informações foram retiradas de Cordeiro (1981), valendo a mesma ressalva acima.
- (13) A questão da estatização do seguro de acidentes de trabalho não consegue ser implementada de imediato, constituindo-se esse fato em uma vitória parcial das seguradoras privadas. Em agosto de 1967, após a criação do INPS, esse órgão assume o controle dessa atividade.
- (14) Cf. Cordeiro (1981), págs. 84/5.

- (15) O primeiro presidente do INPS resume com clareza o teor da transformação efetuada em seu depoimento à Comissão Parlamentar de Inquérito sobre a unificação da Previdência Social em 1968: "...a criação do INPS foi uma reforma essencialmente administrativa. Não houve modificação no regime das prestações, nem nas taxas de contribuição. Manteve-se o sistema da Lei Orgânica da Previdência Social. O que esses atos legislativos fizeram foi reformar a administração, a estrutura, os métodos, os processos de trabalho" - Torres de Oliveira, citado in Cordeiro (1981), pág. 86. Note-se que a abrangência proposta no primeiro projeto de reforma é parcialmente abandonada, só vindo configurar-se durante a década dos 70 em alguns pontos.
- (16) O DNPS seria extinto formalmente em 1977, cf. Cordeiro (1981), pág. 88.
- (17) Cf. Luz (1979), pág. 151, nota 4.
- (18) No trabalho de Cordeiro (1981) que faz referência à existência dessa Comissão não se encontram maiores informações sobre seu nome oficial, composição etc. Vale a pena citar sua existência, à medida que o conteúdo de suas proposições parece indicar divergências internas à própria burocracia estatal.
- (19) "A rede de serviços próprios provenientes das antigas instituições era bastante modesta: vinte e dois hospitais em atividade, cinco em construção, quinhentos e cinco ambulatórios e vinte e oito consultórios médicos, para o atendimento de um total de beneficiários que correspondia, já em 1964, a 22% da população total brasileira, e ascendia, em 1969, a 39% dessa população. As consequências mais imediatas dessa situação estão expressas no fato de que em 1967, dos 2800 hospitais existentes no país, 2300 estavam contratados pelo INPS". Cf. Donnangelo (1975), pág. 37, com informações retiradas do relatório de atividades do INPS em 1968.
- (20) Ver Martins (1981), capítulo I, a respeito do projeto inicial da gestão Castelo Branco, bem como das transformações que este sofre até o final deste governo.
- (21) Cf. Braga e Góes de Paula (1981), pág. 74.
- (22) Cf. Braga e Góes de Paula (1981), pág. 89. A relação entre o crescimento da intervenção estatal e a expansão do setor privado, sem que existam maiores contradições, é colocada com clareza por Cecília Donnangelo em seu estudo pioneiro sobre o setor saúde. Em suas palavras:
 "... é preciso definir melhor em que sentido a compra de serviços pela Previdência garante a preservação e expansão do setor privado, tanto mais que do ponto de vista do produtor ela aparece frequentemente como um processo de estatização da produção. É evidente que a condição de comprador e as limitações decorrentes do volume relativo de recursos disponíveis para a assistência médica impõe ao Estado o papel de regulador de preços..." Em termos gerais podem ser assim explicitadas as principais condições através das quais a modalidade de interferência estatal tem preservado o setor privado: ao sustentar pela manipulação concentrada de recursos uma procura ampliada quantitativa e qualitativamente; ao garantir a continuidade e expansão, sob controle privado, de uma rede de produção de serviços que incorpora progressivamente a tecnologia moderna; ao manter o produtor privado no controle direto dos processos de produção, conquanto limitado pela capacidade de custeio." Donnangelo (1975), págs. 36/7.

- (23) Isso significa a formulação de programas sociais que se articulam diretamente ou com a política financeira estatal, como por exemplo o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e os programas de integração social como o PIS/PASEP, ou com interesses de determinados setores empresariais, como no caso da política habitacional, de saneamento básico, de assistência médica etc. Além disso, a própria definição, a nível do discurso governamental, do sentido das políticas educacional e de saúde evidencia razões econômicas para o seu desenvolvimento e ampliação. Cf. Andrade (1977), pp. 103/4. Maiores detalhes a respeito do FGTS, PIS/PASEP e das políticas de habitação e saneamento básico desenvolvidas pelo BNH, consultar, respectivamente: Ferrante (1978), Almeida e Chautard (1976), Loloian (1980) e Fagnani (1982).
- (24) Cf. Pena (1977) e Andrade (1977).
- (25) Idem.
- (26) Para maiores detalhes sobre o funcionamento do FUNRURAL, consulte-se Santos (1979), Malloy (1979) e os Boletins Estatísticos do Fundo, de 1975 a 1978.
- (27) Sobre a pressão da população por novos serviços em atenção à saúde e a necessidade da intermediação estatal como elo essencial à garantia desse acesso, bem como a funcionalidade desse mecanismo para o setor privado, vide Donnangelo (1975), pp. 34 a 44.
- (28) Não se dispõe de estudos sobre a qualidade dos serviços prestados à clientela rural em comparação com aqueles a que tem acesso a clientela urbana do complexo previdenciário. Entretanto, o volume de serviços prestados varia enormemente, mesmo quando correlacionado com as diferenças de tamanho das clientelas.
- (29) Existe grande controvérsia sobre a existência ou não de benefícios para os trabalhadores oriundos da "distinção" a que determinados segmentos estão sujeitos, a partir do fato de seu atendimento ser prestado através do convênio-empresa. Isso porque, dada a forma de pagamento ser feita nessa modalidade via um montante fixo por empregado, as empresas médicas tenderiam a prestar assistência de qualidade inferior para que, através do rebaixamento de seus custos, obtivessem lucros maiores. Ao contrário, quando o serviço é realizado pelos segmentos privados contratados por "ato médico prestado", esses teriam interesse em alargar o atendimento para obter maiores remunerações, o que faria com que o doente recebesse um atendimento mais complexo e até mesmo desnecessário (pecaria por excesso e não por falta, nesse caso). Além disso, dada a relação contratual direta entre empresa/empresa médica, os mecanismos de controle sobre os empregados seriam maximizados. Para maiores detalhes, vide Cordeiro (1981), capítulos III e IV.
- (30) Cf. Cordeiro (1981), p. 118.
- (31) Esse processo de transformação de forma de organização do trabalho médico tem início no Brasil desde os anos 50, no bojo de transformações tecnológicas em escala mundial, a nível dos equipamentos e medicamentos, que acarretam o surgimento de novas formas de divisão técnica e social desse ramo do setor serviços. Esse processo, não completado até o final da década dos 70, origina a formação de diferentes grupos de interesses dentro do próprio setor privado. Para uma análise minuciosa das relações capital/trabalho nos serviços de saúde, vide Nogueira (1976).

- (32) Para maiores detalhes sobre as propostas e posições dessas entidades, consulte-se Donnangelo (1975), Cordeiro (1981) e Braga e Barros Silva (1982).
- (33) O conjunto de medidas que tentou, no período 1970/73, abrir espaços para que se privilegiassem os serviços próprios e os convênios com sindicatos e entidades oficiais estava relacionado, segundo Cordeiro, por um lado, à preocupação mais geral do Ministério do Trabalho e Previdência Social em fortalecer o caráter assistencial dos sindicatos e, por outro, a uma atitude partidularista do então presidente do INPS, Dr. Luís S. Seixas, e de seu grupo mais próximo, que visualizavam a gestão da política de assistência médica de forma diferenciada da burocracia previdenciária oriunda do ex-IAPI. No entanto, essas medidas não foram muito adiante, continuando, na prática, até 1974 a existir uma política de compra de serviços que favorecia todos os segmentos do setor privado. Para maiores detalhes, vide Cordeiro (1981), pp. 126 a 130 e p. 134.
- (34) Para maiores detalhes, vide Martins (1981), pp. 150/6.
- (35) Sobre esse aspecto, vide os trabalhos do sanitarista Carlos Gentile de Mello, incansável denunciante dos descabimentos administrativos, técnicos e financeiros ocorridos no setor saúde durante esse período. Esses eventos constituem-se num reflexo setorial de uma estrutura de relações políticas e de poder comuns ao funcionamento da máquina estatal como um todo.
- (36) Cf. Andrade (1977), pp. 106 a 108.
- (37) Para detalhes sobre os novos mecanismos propostos, consulte-se Brasil - "II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND): 1975-1979" e Andrade (1977), pp. 150 a 160.
- (38) Cf. Braga e Góes de Paula (1981), p. 124.
- (39) O PPA compreendia, inicialmente, as Portarias nº 39, de 05/09/74, nº 78, de 10/10/74, e nº 79, de 10/10/74, e o Protocolo MPAS/MEC de 23/10/74.
- (40) Sobre o significado do Protocolo MPAS/MEC na integração entre os Hospitais Universitários e a Previdência Social, vide, entre outros, Landman e Quadra (1978) e Luz (1979).
- (41) Cf. CNRH/IPEA (1977), p. 18.
- (42) Uma análise minuciosa da atuação do FAS até 1978 é realizada por Braga e Góes de Paula (1981), pp. 125 a 132.
- (43) Segundo a lei de criação do CDS, o Ministério da Saúde continua sendo o responsável pela formulação da Política Nacional de Saúde, revogando no entanto, em seu artigo 4º, o parágrafo 3º do artigo 156 do Decreto-Lei nº 200/67, que estabelecia a obediência da assistência médico-previdenciária em âmbito nacional e regional à política nacional de saúde formulada pelo Ministério da Saúde.
- (44) Sobre os dilemas do processo de desenvolvimento econômico na década dos 70 e a natureza das políticas estatais nesse campo, ver entre outros: Cardoso de Mello e Belluzzo (1977), Serra (1982), Coutinho (1982) e Braga (1982).

No que diz respeito à piora dos níveis de mortalidade infantil, até 1974, consultar Yunes e Ronchezel (1974), Yunes (1981) e Leser (1975). Sobre a relação entre política agrícola e disponibilidade de alimentos, vide Serra (1982) e Muller (1982).

- (45) Cf. Teixeira (1979), p. 128.
- (46) Cf. Martins (1981), p. 160.
- (47) Cf. Martins (1977) e Cardoso de Mello e Belluzzo (1977), pp. 26/7.
- (48) Cf. Martins (1981), p. 159.
- (49) Cf. Teixeira (1979), p. 130.
- (50) Cf. Cardoso de Mello e Belluzzo (1977), p. 17.
- (51) Sobre esse aspecto, vide Andrade (1980) e Souza e Lamoignonier (1981).
- (52) Cf. Quadra e Cordeiro (1977), Teixeira (1979), p. 144, Gentile de Mello (1977), p. 191 e Oliveira (1977).
- (53) A partir da gestão Geisel, as Conferências Nacionais de Saúde voltam a ser um locus importante de debate das prioridades de governo para o setor e das estratégias de transformação do perfil médico-assistencial privatista. Por sua própria natureza e ligação com o Ministério da Saúde, órgão responsável por sua convocação, nas Conferências aparecem com destaque os problemas de atenção médico-sanitária. Isso não significa que esse enfoque se traduza nas prioridades reais da política governamental para o setor, que continua enfatizando o mesmo perfil de atuação até 1980. Significa, isto sim, que, à medida que o espaço político para críticas e novas formulações vai-se ampliando, essas aparecem de forma recorrente, quer nesse tipo de encontro, quer naqueles promovidos pela própria Câmara Federal, quer na imprensa. Para maiores detalhes, vide o Anexo I da pesquisa realizada por Braga e Barros Silva (1981).
- (54) Críticas consistentes ao SNS podem ser encontradas em Braga e Góes de Paula (1981), pp. 197/8, Oliveira (1977) e Quadra e Cordeiro (1977), entre outros.
- (55) Cabe o destaque, entretanto, para uma nova tentativa de reordenamento da organização das ações do setor saúde como um todo. Essa tentativa acontece em 1977, quando se convoca uma nova Conferência Nacional de Saúde, cujo temário inclui a discussão de uma Política Nacional de Saúde, formulada pelo MS.
- (56) Citado em Teixeira (1979), p. 130.
- (57) Cf. Gentile de Mello (1977), pp. 197/8.
- (58) Para maiores detalhes dos pontos aqui levantados sobre os convênios-empresa e as relações da medicina de grupo e a assistência médio-previdenciária, vide Cordeiro (1981), pp. 138 a 171, Teixeira (1979), pp. 18 a 125.
- (59) Sobre a dificuldade de expansão dos convênios com Hospitais Universitários, ainda que as medidas adotadas no âmbito do PPA tenham alguns aspectos positivos atendendo várias reivindicações por melhores condições de ensino e pesquisa, vide, entre outros, Teixeira (1979), pp. 136 a 141.

(60) Cf. Cardoso (1980), pp. 144/5.

(61) Citado em Teixeira (1979), p. 153.

(62) Essa medida, incluída na Lei da Criação do SINPAS, ocasiona protestos imediatos da FBH, diretamente ao MPAS e através da imprensa, o que leva o próprio Ministro a responder também de público que essa entidade seria consultada na regulamentação desse dispositivo de modo a que fossem resguardados os interesses de seus membros. Cf. Teixeira (1979), p. 150.

(63) O próprio Ministro Nascimento e Silva, na exposição de motivos que encaminhava à Presidência da República a Lei nº 6.349/77, define o alcance de transformação proposta: "Essa grande reforma administrativa objetiva, portanto, em última análise, apenas a tão-somente arrumar a casa, dando às entidades vinculadas a esse Ministério novas atribuições com vistas à especialização de cada um segundo as atividades que irão desenvolver, mas sem qualquer alteração nos direitos e obrigações dos beneficiários e contribuintes da previdência e assistência social ou nos encargos administrativos e financeiros da União e das referidas entidades". Cf. Braga e Góes de Paula (1981), p. 209. Na verdade, a única alteração ou seu prenúncio diz respeito à ideia de criar um ônus adicional sobre os beneficiários para a utilização de serviços de assistência médica. Não se faz sequer menção à necessidade de alteração da forma de financiamento dessa política no sentido de fazer com que o custeio da previdência não recaia direta ou indiretamente sobre os assalariados.

(64) Caberia o destaque para uma tentativa de privilegiamento do setor próprio de prestação dos serviços de saúde, através de um conjunto de estudos e projetos englobados no Plano de Localização das Unidades de Serviço (PLUS). Esse plano representou mais uma tentativa de um conjunto de técnicos de privilegiamento dos serviços próprios na prestação de assistência médico-hospitalar. Segundo Cordeiro (1981), tal tentativa não encontrou espaço para a implantação efetiva dessa linha de atuação, uma vez que a Secretaria de Assistência Médica do INPS/INAMPS se achava muito mais empenhada na aplicação do Plano de Pronto Ação que beneficiava inequivocamente o setor privado prestador de serviços, na sua lógica de expansão do atendimento. Cf. Cordeiro (1981), p. 145.

(65) Nessa área de atuação, destacam-se os seguintes mecanismos institucionais implementados: entre outros a Lei nº 6.259/75, que instituiu a Vigilância Epidemiológica; a Lei nº 6.360/76, que estabelece a Vigilância Sanitária de Medicamentos e Correlatos; e a Lei nº 6.437/77, que define os crimes contra a Saúde. Além de medidas no campo legislativo, cria-se a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária e implanta-se o Instituto Regional de Qualidade de Medicamentos, em convênio com a Secretaria da Saúde de São Paulo e a Organização Pan-Americana de Saúde. Cf. IPEA (1979), p. 223.

(66) Em relação à dinamização da estrutura organizacional do MS, destacam-se as reformas administrativas realizadas. A primeira delas em 1974 através do Decreto nº 74.891/74 e a segunda em 1976 através dos Decretos nº 79.056/76 e nº 81.141/77, além de um conjunto de portarias ministeriais referentes aos regimentos internos dos órgãos dessa Pasta. Para maiores detalhes, vide Rodrigues e Alves (1977) e IPEA (1979). No que diz respeito à formação de recursos humanos para a ação médico-sanitária, destacam-se a elaboração e implantação do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PREPS)

em convênio com o MEC e a OPS. Além disso, cria-se, através do Decreto nº 79.456/77 e da Lei nº 6.433/77, o Grupo de Saúde Pública, de níveis superior e médio, destinado à implantação da carreira do Sanitarista e a de Agente de Saúde Pública, julgados elementos centrais no desenvolvimento de um perfil de política estatal em saúde que privilegiasse o campo médico-sanitário. Cf. IPEA (1979), p. 225.

- (67) As informações referentes à proposta do II PRONAN foram sintetizadas a partir da análise do próprio Plano e do documento de avaliação da política social do Governo Geisel formulado pelo CNRH/IPEA (1977), págs. 68 a 74.
- (68) O PIASS foi aprovado pelo Decreto nº 78.307 de 24/08/76, tendo sido enviado para a aprovação do CDS através da Exposição de Motivos nº 229 de 18/08/76. As informações que são utilizadas na apresentação e análise parcial desse programa, foram obtidas do exame dos documentos legais acima e dos trabalhos de Pellegrini e outros (1979) e Lopes (1981).
- (69) É portanto a partir de 1975, quando se inicia o reconhecimento oficial da incapacidade do perfil vigente da política estatal em Atenção à Saúde em atender à população brasileira e recuperam-se as experiências realizadas pela EMATER no Rio Grande do Norte, em implantar com sucesso unidades elementares de saúde que possibilitam uma base metodológica e de ação iniciais, que surge a oportunidade política da implantação de um programa com as características do PIASS no bojo das transformações para a área social propostas no II PND. Cf. Lopes (1981), pág. 8.
- (70) Cf. Lopes (1981), pág. 10.
- (71) Cf. Artigo 2º e parágrafos do Decreto nº 78.307/76.
- (72) Cf. Lopes (1981), págs. 12 e 13.
- (73) Isso implicaria a utilização mais adequada de profissionais em uma rede de serviços articulada, onde os mais simplificados fossem prestados por pessoal auxiliar em unidades elementares. Para tanto, sua célula operacional ou módulo básico seria o Centro de Saúde (unidade de maior porte situada preferencialmente nas sedes dos municípios) com pessoal médico e que servisse de apoio e referência aos Postos de Saúde (unidades menores operadas por pessoal auxiliar e localizadas em vilas e povoados na área de influência do Centro de Saúde). Cf. Lopes (1981), pág. 13.
- (74) Esses critérios teriam como diretrizes: "a atuação médico-sanitária, em faixas oportunas, é mais eficaz e menos onerosa; as imunizações, se efetuadas com ampla e contínua cobertura, podem proteger a população de muitas enfermidades; o diagnóstico e tratamento precoces apresentam possibilidade de ação mais efetiva, tornando em muitos casos dispensável a custosa internação hospitalar". Cf. Lopes (1981), pág. 13.
- (75) Esses mecanismos são agrupados em três níveis:
- nível federal: Grupo Executivo Interministerial - GEIN destinado a acompanhar e avaliar a execução do Programa como um todo, sendo composto por representantes dos Ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social, Interior e Planejamento (SEPLAN), sob a coordenação do representante do MS. Possui uma Secretaria Técnica (ST) destinada a analisar os projetos estaduais e elaborar normas e diretrizes específicas para o Programa bem

como a supervisão de sua execução. A ST subordina-se administrativamente à Secretaria Geral do MS;

- nível estadual: Grupo de Coordenação Estadual - GCE destinado a coordenar o Programa a nível dos diferentes Estados da Federação, sendo integrado por representantes das diferentes entidades públicas que atuam regionalmente no setor. Sua coordenação é feita pelo Secretário Estadual de Saúde e sua atuação conta, como instrumento de ação, com Equipe Técnica (ET) de natureza multidisciplinar destinada a elaborar anualmente os projetos estaduais do PIASS, coordenar sua implantação e supervisionar o funcionamento das unidades implantadas. O custeio das ETs é feito diretamente com recursos do Programa, através do MS.

- nível local: é prevista que tanto as diferentes Diretorias Regionais de Saúde das Secretarias Estaduais (instância administrativa intermediária entre o nível local e regional) bem como os Municípios, assumam de forma crescente as responsabilidades de coordenação completa do Programa. Isso possibilitaria a participação das comunidades beneficiárias notadamente no que diz respeito à avaliação do desempenho do Programa e através de suas gestões que aperfeiçoem o funcionamento do PIASS às necessidades locais. Cf. Lopes (1981), págs. 13 e 14 e Pellegrini e outros (1979), págs. 8 a 11.

- (76) A análise do desempenho do PIASS no período 1976/80 naquilo que diz respeito à implantação de uma rede de unidades sanitárias e o volume de recursos financeiros despendidos será feita no capítulo 5. As considerações, feitas a seguir, dizem respeito à própria concepção estratégica do PIASS e apoiam-se, basicamente, na análise das bases conceituais deste programa feitas por Pellegrini e outros (1979), págs. 6 e 7.
- (77) Essas considerações cumprem aqui a função de demarcar mais precisamente a natureza e os limites de um projeto que é julgado, com justiça, inovador. Obviamente, seja por razões estratégicas/táticas, ou de qualquer outra natureza, não se esperava encontrar no PIASS uma proposta que avançasse além dos limites impostos pela conjuntura político-econômica geral do País neste momento. Mesmo porque se assim fosse, as possibilidades de sua implantação, que já encontram obstáculos sérios, seriam nulas. E desse ponto de vista, apesar da intensa luta interburocrática que acontece desde o início de sua implantação, descrita em Pellegrini e outros (1979), no final de 1978 o PIASS consegue um elemento adicional que serve de garantia relativa de sua implantação: o convênio que 10 Estados do Nordeste conseguem, através de suas lideranças setoriais articuladas, com o INAMPS, para a manutenção de rede básica que se implantava. Este parece ter sido um passo crucial na consolidação parcial do programa, na medida em que dada a escassez crônica de recursos das Secretarias Estaduais de Saúde, o custeio das novas unidades era algo impossível sem os recursos da Previdência Social ou de outra fonte, a nível federal.
- (78) Na análise da situação atual da política de controle das grandes endemias, esse problema é colocado com clareza por Piola (1981), p. 35. Em suas palavras: "Mesmo reconhecendo as limitantes da atuação específica do setor Saúde no controle de algumas endemias, os programas analisados (Chagas, Malária, Esquistossomose e Febre Amarela), com algumas restrições de caráter operacional, de maneira geral, apresentam uma metodologia de trabalho bem defi

nida, adequada e compatível com a tecnologia disponível. Por tudo isso, o problema de controle às endemias centra-se na falta de uma provisão de recursos financeiros, em montante adequado para a cobertura integral da área endêmica e com a regularidade indispensável, de forma a não comprometer os resultados alcançados, e também com suficiente flexibilidade para o atendimento de situações emergenciais.

- (79) Um exemplo de autonomia é a Fundação SESP, cuja atuação tem-se mantido, mesmo após sua incorporação ao MS no início da década dos 70, ligada à forma como o corpo tecnoburocrático que a compõe julga mais acertada, independentemente das transformações ocorridas no setor. Sobre a atuação da FSESP, vide Peçanha (1976). No trabalho de Piola (1981), esse problema também é ressaltado nas páginas 35 e seguinte.
- (80) Para maiores detalhes, consulte-se Serra (1982), pp. 128 e 129. A análise dos problemas que uma política econômica de corte restritivo e recessivo impõe ao desenvolvimento das políticas sociais em saúde e previdência no Brasil pode ser encontrada em Braga e Barros Silva (1981). Uma análise por menorizada da concepção e funcionamento de uma política econômica estabilizadora no Brasil, bem como de sua articulação com a crise econômica internacional, pode ser encontrada em Braga (1981).
- (81) Cf. Cardoso (1980), p. 194.
- (82) Cf. Cordeiro (1981), p. 147.
- (83) Para maiores detalhes sobre as oposições e fracionamentos internamente ao setor privado prestador de serviços de saúde, vide, entre outros, Cordeiro (1981), pp. 157 a 168.
- (84) Um dos elementos importantes que demonstram o início dessa articulação diz respeito à extensão do PIASS para todo o Brasil em 1979, com recursos da Previdência Social para as despesas de custeio das novas unidades sanitárias.
- (85) Um exemplo interessante do surgimento, ainda incipiente, de novos atores sociais, pressionado pela transformação do perfil vigente da política social em saúde, é a realização do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, patrocinado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1979, em Brasília, reunindo as mais diversas organizações ligadas ao setor Saúde. V. Simpósio sobre Política Nacional de Saúde (1980).
- (86) Cf. Cordeiro (1981), pp. 150/1. Para detalhes do rebatimento dessas reivindicações da FBH e AMB no noticiário de imprensa, vide Anexo I do trabalho de Braga e Barros Silva (1981).
- (87) Para maiores detalhes, ver os Anais da VII Conferência Nacional de Saúde in Conferência Nacional de Saúde (1980).
- (88) Cf. Brasil. GTI/PREV-SAÚDE (1980), p. 3.
- (89) Esses critérios, segundo o anteprojeto, seriam: "(pertencer) a instituições filantrópicas ou beneficentes, sem fins lucrativos; (ser) administrado através de formas organizativas de caráter comunitário; (adotar) práticas, métodos

dos e procedimentos semelhantes ao setor público (universalização da clientela, financiamento através de subsídios globais, organização de serviços" (etc.); e (submeter-se) aos mecanismos de controle a serem exercidos pelo setor público", p.28. Além disso, o anteprojeto previa que "o remanejamento dos recursos atualmente aplicados na compra de serviços básicos privados será feito em forma progressiva com respeito aos direitos e compromissos existentes; a substituição (se fará) pela suspensão de novos credenciamentos e pelo não-encaminhamento de pacientes, na medida em que a rede básica for capacitando-se para atender a demanda", p. 91.

- (90) Os serviços básicos de saúde, segundo esse anteprojeto, são "aqueles essenciais ao atendimento das necessidades básicas de saúde da população de determinada área. No âmbito de atenção às pessoas, abrangem os cuidados primários prestados por agentes comunitários, por pessoal auxiliar e por médicos generalistas; a atenção ambulatorial diferenciada, em quatro áreas básicas (clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e odontologia) e em especialidades estratégicas; e o internamento em Unidades Mistas. Por outro lado, compreendem, também, as medidas simplificadas de saneamento básico, de melhoria da habitação popular e das demais condições ambientais que representam riscos à saúde das comunidades". Cf. Brasil, GTI/PREV-SAÚDE (1980), p. 3.
- (91) Em relação a esse aspecto, o Programa, nessa versão, pretende a participação, o desenvolvimento político e a satisfação social da comunidade. Isso seria possível na medida em que o PREV-SAÚDE se identificasse com a comunidade, e interagindo com ela potencializasse e estimulasse sua participação efetiva. Dessa forma, o processo de saúde integraria o processo social, abrindo espaço para o exercício democrático permanente e auxiliando o aprimoramento do processo político nacional (p. 20).
- (92) Cf. Brasil. GTI/PREV-SAÚDE (1980), p. 6.
- (93) Cf. Brasil. GTI/PREV-SAÚDE (1980), pp.6/7.
- (94) Segundo esse anteprojeto, em plena operação o PREV-SAÚDE produziria anualmente 295 milhões de consultas médicas; 86 milhões de cuidados elementares em postos de saúde na zona rural; 64 milhões de atendimentos odontológicos; 37 milhões de atendimentos de emergência; atenção integral a 5,2 milhões de escolares; 500 mil altas hospitalares em unidades mistas e mais de 3,3 milhões de altas em hospitais ligados diretamente ao Programa, sem contar a produção dos Hospitais Universitários e da rede própria do INAMPS. Para que essa produção ocorresse, seriam implantados 7 700 Postos de Saúde em áreas rurais, 16 400 consultórios médicos, 3 900 consultórios odontológicos, 1 420 módulos de emergência e 15 000 novos leitos hospitalares e de unidades mistas, além da reativação de 8 500 leitos em hospitais públicos que se encontram desativados. Ao final de sua implantação, o Programa administraria diretamente 11 700 PS, 33 800 consultórios médicos, 7 990 consultórios odontológicos, 10 000 leitos em unidades mistas e 87 000 leitos hospitalares (p. 7).
- (95) Cf. Cordeiro (1981), pp. 153 a 155.
- (96) Para maiores detalhes, vide Raposo de Almeida e outros (1980) e Cordeiro (1981), p. 154.

- (97) Em relação a esse aspecto, a observação de Cordeiro é particularmente feliz. Em suas palavras: "Nos movimentos de renovação médica, de sindicatos médicos, combina-se um sentimento de desconfiança política com um apoio discreto, ainda vacilante, entre a opção 'estatizante', como é vista pela tecnoburocracia do INAMPS, pela AMB e pela FBH, e a possibilidade de ser esta proposta conduzida a reforçar o desenvolvimento do setor privado, porém gerando novos empregos para o excedente relativo de mão-de-obra médica". p. 155.
- (98) Trata-se aqui de um resumo livre e sintético das observações detalhadas apresentadas no documento "Observações a Propósito do Anteprojeto PREV-SAÚDE", de circulação interna ao Grupo Técnico Interministerial.
- (99) Situar-se nesse texto as pressões realizadas pelo setor privado, através de suas organizações de representação de interesses e do INAMPS. Existem, no entanto, indicações que nos permitem aventar a hipótese de que outras organizações do próprio setor público a nível federal (como a FSESP) tenham se manifestado com restrições em relação ao Programa. Não foi possível a confirmação desse movimento de forma explícita. Cabe pensar, entretanto, que dada a predominância que passariam a ter as organizações regionais e locais de saúde, isto poderia levar as restrições ao campo de atuação de outras organizações de nível federal, o que faz com que pelo menos a nível hipotético esse fator deva ser considerado.
- (100) O movimento de críticas e ações paralelas, que se desenvolvem entre o período de divulgação da versão oficial do anteprojeto do PREV-SAÚDE e o prazo final de recebimento das sugestões, é analisado em detalhe no Anexo II do trabalho de Braga e Barros Silva (1982). É particularmente expressiva a "mesa-redonda" realizada no jornal "O Estado de S. Paulo", reunindo o Ministro da Saúde, Previdência e Assistência Social, o presidente do INAMPS, representantes da ABRAMGE, FBH, AMB e o sanitarista Mário Magalhães.

3 - O DESEMPENHO DA POLÍTICA DE SAÚDE NOS ANOS 70: AS DIMENSÕES
ECONÔMICO-FINANCEIRAS E DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

O exame das dimensões econômico-financeiras e dos serviços prestados da política estatal em Atenção à Saúde, aqui realizado, tem um duplo objetivo:

- completar a reconstrução analítica da trajetória dessa política governamental, iniciada no Capítulo anterior, fornecendo ao leitor as indicações mais importantes sobre os resultados das ações, planos e programas;
- elaborar, a partir dos dados e indicadores sistematizados, uma síntese, onde se avaliem os resultados alcançados a partir desse mesmo conjunto de proposições, planos, projetos e diretrizes.

Em relação à dimensão econômico-financeira, a análise procurará centrar-se no desempenho do gasto público em Saúde e nas organizações e programas privilegiados com as maiores dotações orçamentárias. Além disso, tentar-se-á explicitar a natureza do financiamento da política de Saúde, bem como os fatores determinantes do desempenho observado tanto em relação ao gasto quanto em relação aos mecanismos de financiamento. Essa análise é feita, obviamente, tendo como referência básica a análise da trajetória da política de Saúde já realizada até aqui.

A análise econômico-financeira constitui, neste trabalho, um dos elementos possíveis de mobilização para tentar avaliar o grau de comprometimento governamental, com seus discursos, diretrizes e programas, servindo ademais como "contraprova" das afirmações feitas no Capítulo anterior.

A dimensão dos serviços prestados tem objetivos semelhantes, porém, pela própria natureza dos fenômenos por ela captados, se fazem necessários alguns comentários adicionais. A política de Saúde, se analisada pelo ângulo dos serviços prestados, e da evolução dos equipamentos em Atenção à Saúde, é resultado de um processo de transformação progressiva dos atos médicos, captado através da noção de capitalização dos serviços de Atenção à Saúde.

Através dessa noção, se pretende destacar que a dinâmica de desenvolvimento do setor e das políticas governamentais a ele relacionadas é influenciada de forma marcante pelos avanços científicos e tecnológicos ocorridos no processo de produção dos serviços de Saúde, transformando a organização dessa produção no que diz respeito aos equipamentos, às instalações utilizadas e aos processos de trabalho, no sentido de seu acoplamento às formas típicas de produção e circulação capitalistas. (1)

Nesse processo de transformação, esse ramo do setor serviços passa a se articular com ramos do capital industrial e financeiro, bem como a se estruturar internamente de modo a dar conta dessas articulações, o que tem como resultados objetivos: a maior especialização do trabalho médico (novos formatos na sua divisão técnica e social); a constituição do hospital e dos serviços de apoio (especialidades complementares de diagnóstico e terapêutica), como uma plataforma técnica essencial à dinâmica de funcionamento dos serviços de saúde; o aumento dos custos de produção e dos preços de comercialização dos serviços prestados e a necessidade crescente ou da intermediação estatal ou de esquemas de "socialização privada" que ampliem o mercado para os insumos, produtos e serviços de Atenção à Saúde, cada vez mais diferenciados.

Observa-se, portanto, a existência de um movimento geral, iniciado na década dos 50 e acelerado nas duas décadas posteriores, que altera em simultâneo a produção material, a produção de conhecimentos, a formação de mão-de-obra, a organização das unidades de Atenção à Saúde e o tipo e a quantidade de serviços disponíveis a serem prestados.

Esse movimento geral ressalta a importância que a medicina e os atos médicos passaram a ter nas sociedades industriais modernas, de forma relativamente independente de seu sistema econômico e político. Entretanto, no caso das sociedades capitalistas, em geral, e no Brasil, em particular, tal movimento resulta das relações que a medicina e os cuidados com a saúde estabelecem com as formas oligopólicas do capitalismo, uma vez que estas exigem tanto

a presença de um setor de Atenção à Saúde eficiente no tratamento dos agravos à saúde da força de trabalho, dos capitalistas, dos trabalhadores improdutivos etc. quanto de uma estruturação interna do setor que reproduza de forma crescente o próprio processo de produção e reprodução do capital em sentido amplo;⁽²⁾ e com as variantes que assumem os mecanismos de controle e mobilização sociais, a nível da dominação e direção políticas, como já se destacou anteriormente.

Assim, as transformações ocorridas não representam um movimento natural, onde o avanço técnico apareceria como resultado simplesmente de um conhecimento mais profundo e através do qual a medicina foi construindo seu objeto de trabalho. Elas são o resultado do estabelecimento e da reprodução de determinadas relações sociais no interior da prática médica e de sua articulação no conjunto de práticas sociais capitalistas que tem existência e sentido concretos. Mais do que isso, deve-se ter presente que a esse mesmo movimento de capitalização da Atenção à Saúde, simultâneo ao fenômeno de medicalização das sociedades contemporâneas, podem corresponder outros perfis de políticas estatais distintos daquele aqui analisado. Nesses perfis, ao mesmo tempo, o setor de serviços em Atenção à Saúde pode articular-se com setores do capital industrial (indústrias de medicamentos e equipamentos hospitalares), e ainda ter espaço a progressiva transformação do trabalho médico (especialização) e de sua organização em moldes empresariais (capitalização/assalariamento), sem que a atuação das organizações estatais e privadas produtoras dos serviços de Saúde ocorra no sentido do abandono de uma política de Atenção à Saúde articulada e integrada a nível de sua base técnica e que se aproxime mais, em seu âmbito de atuação, das carências e mesmo da nosologia de sua clientela efetiva e potencial.

Em outras palavras, os processos de tecnificação e capitalização da Atenção à Saúde também só ocorrem no momento em que se dispõem de medicamentos eficientes, baratos e portanto capazes de serem produzidos em escala industrial, constituindo-se num avanço da capacidade de intervenção da medicina, sendo ao mesmo tempo essa

a própria origem das chamadas "distorções" da medicina atual. Portanto, se as políticas estatais encarregadas de expandir os cuidados médicos ao conjunto da população o fazem muitas vezes de forma a beneficiar os produtores dos serviços e insumos e não a população que deles se utiliza, isso é tanto produto das transformações nas relações técnicas e sociais que constituem o processo de trabalho médico e seus desdobramentos, quanto (e talvez principalmente) produto de definições político-econômicas do Governo que só se materializam num perfil como o até aqui descrito, dada a baixa capacidade de organização e pressão do conjunto das classes subalternas e dos próprios trabalhadores do setor no sentido de obterem políticas de outro corte e que também contemplem seus interesses, derivados das formas concretas que assume, em cada formação social, o processo de participação político-econômico.

Por esse conjunto de motivos é que mobilizamos tais discussões, para verificar quais os resultados de uma política estatal em Atenção à Saúde com uma ênfase médico-assistencial privatista, no Brasil, durante a década dos 70.

3.1 - O GASTO ESTATAL

3.1.1 - O Gasto Estatal em Atenção Médico-Sanitária:

A ausência de prioridades para o campo de medidas e programas de atenção coletiva, já destacada neste trabalho, fica evidente quando se analisam os diferentes aspectos relacionados à participação do Ministério da Saúde, Estados e Municípios no gasto em atenção médico-sanitária.

As conclusões do estudo realizado por Barat (1973) e cujo objetivo era realizar a consolidação das despesas com a função Saúde, situando o Ministério da Saúde no contexto do Setor Público, exprimem claramente essa realidade para o período pós-1964 que antecede o início dos anos 70. Em suas palavras, a situação do setor público expressava, do ponto de vista econômico-financeiro:

- " - a redução da participação relativa das despesas realizadas pela União no Programa Saúde e Saneamento, comparada a outros programas de governo;
- a redução da importância relativa do Ministério da Saúde em relação aos demais órgãos da Administração Direta do Setor Público Federal no que diz respeito ao Programa Saúde e Saneamento;
- a redução dos recursos, em termos reais, destinados ao Ministério da Saúde para despesas em Programas de Saúde e Saneamento, afetando especialmente a função saúde;
- a tendência ao maior envolvimento dos outros órgãos da Administração Direta e Indireta do Setor Público Federal e conseqüentemente maior repartição (pulverização) dos recursos com a função saúde;
- o desempenho crescente do INPS no âmbito da função saúde;
- a inexpressiva participação do Ministério da Saúde, na despesa

realizada com a função no País;

- que o crescimento das despesas por habitante se faz principalmente através do aumento dos gastos do INPS;
- que as despesas com a função saúde em relação ao PIB permanecem estacionárias em torno dos 2,1/2,4%, apesar das prioridades atribuídas à mesma nos programas de governo". (3)

Essa é também a opinião de Braga e Góes de Paula (1981), quando apontam que "... o comportamento dos gastos em alguns programas específicos não deixam a menor dúvida sobre o declínio da importância da Saúde Pública como opção de política social e, mais diretamente, a diminuição de sua importância político-institucional; (...) os dispêndios em atenção Materno-Infantil apresentam três anos de declínio e dois anos de recuperação, chegando ao final do período (1964/69) com um patamar de gasto real semelhante ao do princípio, porém inferior ao que prevalecia em 1957. Com o Serviço de Tuberculose gastava-se em 1969 menos do que em 1964 e menos ainda do que em 1956. O combate às endemias rurais através do DNERU, privilegiado até 1965, reduz-se gradativamente em níveis reais; em 1969 os gastos são inferiores aos de 1964, assim como aos de 1958. A lepra é igualmente descurada no que diz respeito ao gasto estatal, constando-se reduções dos níveis reais". (4)

É importante ter em mente que a redução de gastos em atenção médico-sanitária ocorre a despeito de uma piora das condições de saúde da população. (5) Essa redução é reflexo, desde 1964, da gradativa emergência a nível das decisões político-econômicas de uma política de Atenção à Saúde que denominamos "médico-assistencial privatista com gerência estatal". Observa-se, desde meados da década dos 60, um descuramento com as medidas de Saúde Pública e uma ênfase na Medicina Previdenciária. Mais do que isso, como aponta Baraet (1973), no interior da própria Administração Direta Federal ocorre uma pulverização de recursos, fazendo com que a direção do gasto com a função Saúde e Saneamento saia, em termos relativos, do comando do Ministério da Saúde.

Além disso, como também apontam Braga e Gões de Paula (1981), "devido à restrição de recursos imposta ao MS, verifica-se entre 1965 e 1972 uma perda de posição do Gasto Público direto em Saúde comparativamente ao indireto, composto principalmente pelo INPS e promotor da assistência médica individual da Previdência Social".⁽⁶⁾

Examinemos com maior detalhe o comportamento do Gasto Público em atenção médico-sanitária ao longo da década dos 70, período mais diretamente relacionado a este trabalho.

A participação da Despesa Realizada pelo Ministério da Saúde na Despesa Geral da União (Tabela 1 - Anexo) apresenta-se até o ano de 1974, em termos gerais, de forma declinante, sendo neste último ano da ordem de 0,9% - a menor taxa de participação desde 1961.⁽⁷⁾ A partir de 1975, evidencia-se uma recuperação da participação desse Ministério, observando-se um crescimento até 1979. Em 1980, esta torna a cair, situando-se em um patamar de participação inferior ao de 1976 e ao de 1971.

Se agregarmos à nossa análise a evolução da despesa efetivamente realizada pelo MS na década dos 70 (Tabela 2 - Anexo), podemos observar que:

- no período 1970/74, o volume de recursos que dispõe este órgão se mantém praticamente estável;
- a partir de 1975, a despesa realizada e, portanto, o volume de recursos à disposição desse Ministério crescem. Esse crescimento se materializa num salto significativo entre 1975/76 e continua, embora em ritmo menor, entre 1977/78. Em 1979, ocorre uma redução da ordem de 5% em relação ao valor real da despesa ocorrida em 1978, acentuando-se em 1980. Nesse ano, a redução é da ordem de 13,5 pontos percentuais, em relação ao ano anterior, e de 17,6% em relação a 1978, ano onde ocorre o maior volume de recursos despendidos na década;
- as taxas médias de crescimento anual do período 1970/75 e do pe

riodo 1975/80 são, respectivamente, da ordem de 7,0% e 10,2%. Se tomarmos somente o período 1970/74, teremos uma taxa média de crescimento anual de 0,8%, o que evidencia o salto de crescimento da despesa entre 1974 e 1975.

Analizando a evolução dos Gastos Diretos por Unidades Orçamentárias do Ministério da Saúde, verifica-se que a Secretaria de Saúde Pública (desdobrada em outras três Secretarias - Vigilância Sanitária, Ações Básicas de Saúde e Projetos Especiais de Saúde - a partir de 1978), e a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública - SUCAM respondem em conjunto, ao longo da década dos 70, por aproximadamente 50% do gasto realizado por essa Pasta (Tabela 3 - Anexo). Cabe notar, entretanto, a inconsistência da alocação de recursos que crescem e decrescem sem o menor padrão ou tendência de comportamento que reflita uma diretriz bem definida e clara para as ações nesse setor. A partir de 1978, ocorre a desaceleração do volume de recursos à disposição dessas duas unidades, refletindo um prenúncio de corte progressivo no Gasto Público em duas áreas que já mais tiveram uma política de alocação de recursos coerente ao longo da década dos 60 e 70.

O comportamento do Gasto Público em atenção médico-sanitária mostra que, efetivamente, até o Governo Geisel e apesar do intenso crescimento econômico, não se verifica, em relação ao Ministério da Saúde, uma contrapartida na alocação de recursos financeiros compatível com a complexidade que vai assumindo a situação de saúde de uma parcela ponderável da população trabalhadora.

A partir de 1975, inicia-se a implementação de um conjunto de medidas destinadas a resgatar parcialmente o MS e seus programas de atuação da situação periférica em que estes se encontram.

Observa-se, desse momento em diante, uma recuperação expressiva dos patamares de Gasto Realizado se tomarmos o Ministério de forma isolada. Entretanto, em nenhum momento essa Pasta conseguiu superar (e mesmo atingir) os dois pontos percentuais na divisão dos recursos financeiros a nível da Administração Direta. A partir de

1979, já no bojo de transformações da política econômica e de Gasto Público para fazer "face" à crise econômica que começa a se agravar, nota-se uma redução significativa dos recursos destinados à atuação desse Ministério. Tal desempenho espelha, ainda que de maneira parcial, o grau de solidariedade existente entre a política econômica (aqui tomada em sua dimensão do gasto), e esse ramo da política social. Nos anos de maior crescimento econômico diminuem as verbas para o órgão central e de pretensa coordenação das ações de natureza médico-sanitária. Nos anos de crise, tem continuidade a mesma estratégia, apresentando-se assim claramente uma faceta dos laços que unem a política econômica e a política social do governo.

A análise do gasto global estatal em saúde (administração centralizada em todos os níveis e administração descentralizada) evidencia, em contrapartida, o peso importante da assistência médica previdenciária na composição do total da Despesa Realizada (Tabelas 4 e 5 - Anexo).

Na primeira metade da década dos 70, União, Estados e Municípios das Capitais eram responsáveis por aproximadamente 40%, em média, do gasto estatal em saúde, enquanto as entidades componentes do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS respondiam, a partir de 1977, pelos 60% restantes. Na segunda metade dos anos 70, apesar do esforço de ampliação do Gasto Direto até 1978, a participação média do SINPAS se eleva para aproximadamente 63%.⁽⁸⁾ A relação entre o gasto da União, Estados, Distrito Federal e Municípios das Capitais e o gasto do SINPAS era, em 1970, da ordem de 0,66, em 1975, da ordem de 0,70 e, finalmente, em 1980, de 0,57.

Verifica-se que a despeito das diversas tentativas de transformação do perfil médico-assistencial da política estatal em Saúde, a grande responsabilidade do dispêndio continua, ao longo de toda a década dos 70, recaindo sobre o complexo previdenciário.

Entre 1979 e 1980, o Gasto Direto em Atenção à Saúde sofre um corte de aproximadamente 9%. A redução maior é feita no gas

to sob responsabilidade direta da União (22%), vindo em seguida aqueles sob responsabilidade dos Municípios das Capitais (7%) e, finalmente, os Estados mais o Distrito Federal (2%).

A redução do Gasto Global já ocorre desde 1979, devido às pequenas taxas de crescimento do gasto da União e dos Municípios das Capitais adicionadas à redução do dispêndio dos Estados e do SINPAS (Tabela 4 - Anexo).

A participação do Gasto Global Estatal em Atenção à Saúde no PIB também não se altera significativamente no período 1974/80, a despeito da intensa priorização que recebe a nível do discurso governamental. Situa-se em 2% em 1974, eleva-se até atingir 2,7% em 1978, e decresce até 2,2% em 1980. Entre 1974 e 1980, entretanto, a velocidade de crescimento do dispêndio global em Atenção à Saúde é maior que o crescimento do PIB, exceto para o ano de 1977.⁽⁹⁾

Dado esse comportamento global desfavorável do Gasto Público em atenção médico-sanitária, examinaremos, a seguir, a evolução dos recursos despendidos com alguns programas específicos e para os quais o Governo Federal tem dedicado intensa priorização a nível de seu discurso.

3.1.1.1 - A Evolução dos Recursos Financeiros do Programa de Interiorização das Ações em Saúde e Saneamento - PIASS

Segundo a EM nº 229/CDS de 18/08/76, que submete esse Programa à consideração da Presidência da República, estavam previstos, inicialmente, Cr\$ 4 bilhões (a preços de 1976) para a implantação do PIASS no período 1976/79. A previsão inicial da distribuição anual e por fontes de financiamento se encontra na Tabela 6 - Anexo .

Além disso, estimaram-se recursos adicionais, advindos do INPS, do FUNRURAL e do Fundo de Participação dos Estados e Municípios, que girariam, ao longo do mesmo quadriênio (1976/79), ao redor de Cr\$ 4 bilhões. Assim o PIASS disporia da expressiva cifra de Cr\$ 8 bilhões (preços de 1976) para sua operação. A distribuição

desses recursos seria definida a nível de cada projeto e de cada Estado federado, sendo remanejados de acordo com as diretrizes e sistemática operacional do Programa, a serem definidas.

Desde o início da implantação do PIASS, várias dificuldades fazem com que o dispêndio real efetuado seja menor que o previsto e ocorra de forma desigual, entre elas a morosidade de tramitação dos recursos financeiros, a incapacidade de realização do gasto a nível dos Estados federados envolvidos quando da liberação dos recursos, e até as disputas intraburocráticas já citadas no Capítulo anterior. A seguir, sintetizamos o movimento financeiro⁽¹⁰⁾ observado que espelha bem tais dificuldades.

O PIASS só começa a ser implantado a partir de 1977, pois no ano de sua aprovação (1976) só se efetivaram as medidas administrativas para a montagem dos mecanismos iniciais de sua gerência e controle.

Em 1977, são alocados recursos do Programa, no segmento Saúde (implantação da rede básica de unidades sanitárias), da ordem de Cr\$ 264,58 milhões (Tabela 7 - Anexo), sendo que Cr\$ 14,58 milhões foram liberados a partir de recursos orçamentários do MS e destinados à formação de equipes técnicas a nível estadual para a elaboração dos projetos iniciais. Do restante dos recursos alocados (Cr\$ 250 milhões), só foram liberados efetivamente 42%, sendo gasta, em 1977, apenas a exígua quantia de Cr\$ 18,93 milhões na implantação das unidades sanitárias, a nível do conjunto dos Estados envolvidos no PIASS. As razões apontadas por Lopes (1981) para esse fraco desempenho do Programa, nesse ano, se referem à morosidade de tramitação dos recursos da SEPLAN até às Secretarias Regionais de Saúde e à inexperiência dos técnicos estaduais em implantarem um programa com as características inovadoras do PIASS.

No ano seguinte (1978), dada a disponibilidade maior de recursos (contava-se, simultaneamente, com o saldo do exercício anterior mais a alocação do ano em curso) e o surgimento de grupos no interior do Setor Saúde contrários ao desenvolvimento do Programa,

nos moldes descentralizadores e inovadores propostos pela Secretaria Técnica do GEIN, adota-se uma estratégia de implantação rápida das unidades, visando à maior consolidação do Programa.⁽¹¹⁾ Nesse ano, os 10 Estados participantes conseguem, por meio de um movimento articulado, assinar um convênio com o INAMPS, a partir do qual esta organização passaria a transferir recursos para a manutenção da rede de unidades sanitárias que se implantaram até esse momento. Tal convênio parece ter sido decisivo na consolidação do PIASS, pois o maior problema que as Secretarias de Saúde envolvidas no Programa passavam a enfrentar era o de como colocar em funcionamento as unidades construídas (recursos financeiros escassos para a contratação de pessoal, compra de material etc.).

Em 1979, ano de transição de governo, a implantação do PIASS⁽¹²⁾ sofre uma desaceleração que se reflete no nível de recursos financeiros alocados. Segundo Lopes (1981), a consequência desse fato é a não-expansão da rede de unidades. Verifica-se, apenas, um acréscimo no número de unidades sanitárias que entram em funcionamento.

No final de 1979, o CDS aprova a extensão do PIASS a todo o País, sendo que em 1980 esse Programa se incorpora à proposta do PREV-SAÚDE.⁽¹³⁾

O PIASS, em sua dimensão econômico-financeira, apresenta, até 1980, o mesmo problema de outros programas em atenção médico-sanitária: a escassez relativa de recursos. As estimativas iniciais só foram cumpridas parcialmente e apenas em relação ao segmento saúde. Mesmo nesse caso, os recursos destinados à manutenção da rede de unidades em expansão tiveram que ser obtidos junto à Previdência Social, o que de certa forma amplia o grau de controle da assistência médica previdenciária sobre um programa destinado, em tese, a um tipo de atendimento completamente distinto daquele realizado até então pelo INPS-INAMPS.

Entretanto, a implantação ainda que parcial do PIASS, trazendo consigo uma experiência de autonomização relativa de algumas

Secretarias Regionais de Saúde em face da esfera federal, parece ter influenciado significativamente o surgimento de uma proposta de transformação do perfil vigente da política estatal em saúde através da implantação de uma rede hierarquizada, integrada e regionalizada de unidades de atendimento.

3.1.1.2 - Algumas Considerações sobre o Desempenho Econômico-Financeiro do II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição - PRONAN

O projeto inicial do II PRONAN também previa uma dotação bastante significativa de recursos financeiros para sua implantação. Tal previsão (Tabelas 9 e 10 - Anexo) é compatível com seus objetivos ambiciosos e inovadores.

As indicações sobre o dispêndio financeiro do II PRONAN, entretanto, apontam que as despesas realizadas não têm acompanhado as previsões otimistas iniciais. Segundo Braga e Goês de Paula (1981), a programação financeira apresentava, nos anos iniciais de implantação do Programa, o seguinte comportamento:

"Em 1976, dos Cr\$ 2,3 bilhões programados, somente 58,3% foram efetivamente alocados. Para 1977, os resultados não parecem ter sido distintos. Os recursos do Ministério da Agricultura continuam sendo concentrados na agricultura de exportação e, prioritariamente, são concedidos às grandes empresas agrícolas. Em 1976, não contribuiu com os Cr\$ 140 milhões previstos para o PRONAN. Em 1977, excluiu de sua proposta orçamentária Cr\$ 300 milhões que tinham o mesmo destino. E em 1978, da proposta orçamentária de Cr\$ 470 milhões (a preços de 1975), constaram apenas Cr\$ 43 milhões (a preços de 1978). A mesma restrição é encontrada no MPAS. Sua contribuição ao PRONAN, em 1978, seria de Cr\$ 502 milhões, provenientes do Tesouro Nacional, e Cr\$ 55,8 milhões, provenientes do FAS. Entretanto, inexistia a dotação orçamentária que o MPAS atribuía ao Tesouro Nacional. A isto se compare a previsão desse Ministério para a assistência médica individual em 1978: Cr\$ 50 bilhões (a preços correntes)". (14)

Os recursos despendidos em alimentação e nutrição, a partir das informações consolidadas nos programas de governo realizados pelo IPEA no início de 1982, também indicam que, embora não se possa fazer uma comparação direta com a previsão inicial do II PRONAN, continua a tendência de dispêndio extremamente pequena nessa área em comparação com o gasto em atenção médico-hospitalar (Tabela 11 - Anexo).

Também a avaliação realizada pelo CNRH/IPEA sobre o Programa,⁽¹⁵⁾ apesar de não contemplar de forma detalhada a análise do dispêndio financeiro dos diferentes programas e subprogramas que compõem o II PRONAN, destaca em suas conclusões que:

- ao longo do período 1976/80, observa-se⁽¹⁶⁾ o impacto negativo de recursos anuais decrescentes no desempenho do Programa como um todo e, sobretudo, na área de suplementação alimentar;
- a incapacidade de ajuste e integração dos diferentes Ministérios e órgãos subordinados que compunham o Programa levou a estratégias particularistas de dispêndio, comprometendo seriamente as metas, diretrizes e a sua estratégia global;
- os órgãos envolvidos acabaram, na prática, considerando o Programa como mais uma fonte de recursos adicional para a implantação de programas já existentes, ocorrendo mais uma adesão formal que a consolidação das diretrizes abrangentes e inovadoras propostas pelo II PRONAN.

Em face de tais considerações, pode-se concluir que, apesar de suas características e influências extremamente positivas já ressaltadas no Capítulo anterior, tanto quanto o PIASS, também o II PRONAN enfrentou enormes dificuldades para obter um fluxo de recursos compatível com os problemas que se propunha enfrentar a nível de seus objetivos. Confirma-se, desse modo, nossa análise acerca da ausência de privilegiamento de ações de natureza médico-sanitárias e correlatas, sendo que nesse caso específico as dificuldades são ainda maiores, dada a complexidade de interações inter-organizações atuantes em diferentes setores que o II PRONAN exige para o seu

desempenho em moldes mais satisfatórios.

3.1.2 - O Gasto Estatal em Atenção Médico-Hospitalar

A análise do gasto estatal em atenção médico-hospitalar é fundamentalmente a análise do comportamento da despesa em assistência médica realizada no âmbito da Previdência Social. Isto por que não é significativo o dispêndio realizado nessa área a nível da Administração Centralizada (Gasto Direto).

Desde a criação do INPS em 1967, o gasto em assistência previdenciária vem crescendo a taxas elevadas, em contrapartida à retração nos gastos em atenção médico-sanitária conforme já destacado. A análise do comportamento da Despesa Realizada a seguir será feita em duas etapas: a primeira entre 1967 e 1977, período onde todas as atividades do complexo previdenciário se encontravam unificadas sob o comando do INPS; a segunda, após a criação do SINPAS em 1978, quando é criado o INAMPS. Tal divisão é meramente formal e obedece aos critérios de publicação dos balanços, não interferindo na periodização proposta no capítulo anterior.

As despesas correntes do Programa Saúde do INPS crescem entre 1967 e 1977 de forma constante, exceto nesse último ano. Nesse ano se retraem notadamente as despesas com assistência hospitalar, levando a uma diminuição das despesas correntes totais da ordem de 4% em termos reais (Tabela 12 - Anexo). Em 1970, o nível real dos gastos do INPS em assistência médica já era superior ao patamar inicial de 1967, em 95% aproximadamente. Em 1975, o crescimento do gasto real em relação ao realizado em 1967 era da ordem de 295% e, em relação ao ano de 1970, da ordem de 102,5%, percentuais que demonstram uma elevação sistemática da parcela de recursos destinada ao atendimento dos segurados na área médica. Entre 1974 e 1976, como resultado da implantação do Plano de Pronta Ação, verifica-se um salto importante do gasto no período 1970/77. As taxas reais anuais de crescimento, nesse período, são da ordem de 32% (1974-1975) e de 36% (1975-1976), decorrentes da linha básica de ação do plano, que

era a de facilitar o acesso a serviços, conforme já analisado no Capítulo anterior, levando a um conseqüente aumento na Despesa Realizada.

A diminuição do crescimento real, observada entre 1976-1977, deve ser atribuída, a nosso juízo, a uma tentativa de controle do gasto em assistência médica por parte do INPS, por meio da adoção de um novo sistema de controle das contas hospitalares, iniciado em janeiro de 1977 através da DATAPREV. Conforme já foi salientado no Capítulo anterior, a adoção desse mecanismo de controle significou, num primeiro momento, uma recusa sistemática das contas apresentadas acerca do atendimento hospitalar realizado pelo setor contratado. Cabe notar que é exatamente a despesa com assistência hospitalar que sofre a maior redução - 10% - (Tabela 12 - Anexo).

No movimento de expansão das despesas com assistência médica, tanto aquelas realizadas com assistência ambulatorial quanto as de assistência hospitalar crescem a taxas bastante elevadas. As despesas com assistência ambulatorial passam, a partir da implantação do PPA, a crescer com uma velocidade maior, até 1977.

A despesa com assistência médica como um todo eleva sua participação no conjunto das despesas e receitas do INPS, em virtude desse surto expansionista. Em 1967, sua participação em relação ao total das despesas correntes do INPS era da ordem de 22,4%; em 1970, essa participação se eleva para 26,7% e em 1976 atinge o significativo patamar dos 31,3%, caindo para 28%, aproximadamente, em 1977 (Tabela 13 - Anexo). A relação entre o total de despesas em assistência médica e as despesas globais da Previdência Social tem um comportamento semelhante apesar de a participação ser um pouco mais elevada. Isso reflete a pequena importância das despesas de capital no conjunto da despesa do INPS, cujo significado trataremos mais adiante. Mesmo assim, cabe notar que, ao longo do período 1970/77, a participação das despesas de capital no âmbito da assistência médica vem elevando-se no total das despesas de capital realizadas pelo INPS, constituindo-se, em 1977, em 50% do total realizado nessa categoria econômica.

O comportamento das despesas com assistência médica ao trabalhador rural, realizada até 1977 no âmbito do FUNRURAL, mostra uma tendência crescente, com especial destaque para o período 1973/76. O crescimento do dispêndio real com o setor saúde, entre 1972 e 1977, foi da ordem de 281%, sendo que a participação desse item em relação ao total das receitas arrecadadas pelo FUNRURAL se eleva de 16,4% em 1972 para 24,5% em 1977, tendo-se situado, em 1976, em 26% (Tabela 14 - Anexo). Cabe o destaque para a desproporção entre o gasto realizado em saúde com a clientela urbana em relação à clientela rural. Em 1972, a participação do gasto total em Saúde do FUNRURAL nas despesas em assistência médica do INPS era da ordem de 6,4%, sendo em 1977 da ordem de 10%. Ou seja, mesmo com o crescimento do gasto realizado pela clientela rural a desproporção se mantém, o que a nosso juízo se vincula à forma diferencial de financiamento desses dois programas.

Ainda em relação ao FUNRURAL, deve-se observar que a partir de 1974 as despesas superam as receitas disponíveis, gerando déficits crescentes (Tabela 14 - Anexo).

Tendo em vista esse comportamento do gasto, é possível concluir que, até a criação do SINPAS, as despesas com assistência médica da Previdência Social, aqui analisadas a partir de seus dois componentes principais (INPS e FUNRURAL), vêm apresentando um crescimento significativo. Tal fato poderia justificar, em parte, essa nova tentativa de racionalização. Em contrapartida, esse passa a ser um dos principais problemas a equacionar, exatamente pela pressão que essas despesas exercem em relação ao equilíbrio financeiro do Sistema Previdenciário, em sua forma atual.

A partir de 1977, com a criação do SINPAS e do INAMPS, que passam a gerir a assistência médica previdenciária fornecida às clientelas urbana e rural, aos servidores públicos e aos carentes, o comportamento das despesas em relação a esse setor se altera significativamente.

A despesa com assistência médica continua a crescer em seu

conjunto, embora a taxas infinitamente menores. As despesas no campo da assistência hospitalar (Tabela 15 - Anexo) sofrem, em 1979, reduções importantes em relação ao ano de 1978, em quase todos os subprogramas. As despesas com assistência ambulatorial também sofrem reduções nesse mesmo período, especialmente nos subprogramas de assistência médica geral e farmácia. Em 1980, recupera-se, entretanto, o patamar de gasto deprimido em 1979, sendo que o conjunto das despesas em assistência hospitalar cresce em 6,4% aproximadamente e as despesas com assistência ambulatorial 4,0% em relação ao ano anterior.

O conjunto das despesas do INAMPS, no entanto, decresce no período 1978/80, devido a uma contenção nas despesas de administração geral da entidade e em outras despesas que não aquelas específicas da assistência médica (Tabela 16 - Anexo). As despesas do órgão diminuem entre 1978 e 1979 em 6%, embora apresentem pequeno crescimento entre 1979 e 1980, da ordem de 1,7%. Isso não é suficiente para que, em termos reais, se retome, em 1980, o patamar alcançado em 1978.

Contudo, a participação das despesas específicas de assistência médica e a participação das despesas globais do INAMPS na despesa geral do SINPAS mantêm-se elevadas, embora sem atingir percentuais tão altos como no ano de 1976 (Tabela 16 - Anexo). Em 1979, a participação das despesas correntes específicas da assistência médica nas despesas correntes do SINPAS era da ordem de 25,2%, enquanto, em 1980, essa mesma participação se eleva a 25,7%. As despesas de capital da assistência médica em relação ao total das despesas de capital do SINPAS constituem-se, em 1979, em 50,6% e, em 1980, em 65,2% aproximadamente.

Tal fato revela que, já a partir de 1978, as despesas com assistência médica vêm sofrendo uma redução. No entanto, isso não impede que, no ano de 1980, o SINPAS como um todo apresente um déficit da ordem de 7,4%. Nesse ano, as despesas do INAMPS, e dentro delas as despesas específicas com assistência médica, constituem-se em 29,4% e 27,4%, respectivamente, do total de receita arrecadada.

As principais conclusões retiradas do exame do gasto estatal em assistência médica previdenciária, entre 1967 e 1980, são:

- as despesas do conjunto de organizações que comporiam formalmente o SINPAS a partir de 1978, nesse item, ao longo da década dos 70, tiveram um comportamento crescente e as taxas anuais elevadas entre 1972 e 1976. A partir de 1977, as despesas específicas com assistência médica, embora continuando a crescer, o fazem a taxas muito menores (Tabela 17 - Anexo);
- a distribuição dos recursos entre serviços próprios e não-próprios (serviços contratados e conveniados) revela que, ao longo do período 1972/80, foi transferida ao setor privado a maior parte dos recursos despendidos, confirmando-se a nível do gasto a orientação privatista da política de assistência médica previdenciária (Tabelas 18 e 19 - Anexo);
- os gastos realizados em investimentos destinados a expandir a rede própria de prestação de serviços do INPS, e posteriormente do INAMPS, foram mínimos se comparados com as despesas correntes de cada um desses órgãos e com as suas despesas totais;
- em relação à distribuição do gasto por clientela, verifica-se que, ao longo da década dos 70, o maior volume de recursos se destinou à clientela urbana do complexo previdenciário, que absorve cerca de 80% do gasto realizado (Tabela 20 - Anexo).

Assim, verifica-se a nível econômico-financeiro, o significado da adoção da ênfase médico-assistencial privatista a partir de 1967. Ou seja, em primeiro lugar se evidencia o espantoso crescimento do volume de recursos destinados à vertente médico-hospitalar da política de Atenção à Saúde, que se contrapõe à exiguidade de recursos despendidos a nível da atenção médico-sanitária, mesmo a partir de 1974, onde é tentada uma recuperação dos patamares de gasto nesse último campo de atuação estatal. Em segundo lugar, apesar das diferentes tentativas de controle e racionalização tão enfatizadas a nível do discurso governamental, a própria natureza do

gasto realizado, bem como o seu formato peculiar de distribuição entre o setor público e o setor privado, impede a sua retração, o que, de certa forma, vai caracterizando sua importância enquanto elemento auxiliar de pressão e desestabilização das finanças previdenciárias como um todo, principalmente no final da década dos 70.

Poder-se-ia argumentar que a participação dos serviços não-próprios, no total de recursos despendidos em assistência médica (Tabela 18 e 19 - Anexo), se retraiu entre 1972 e 1977. Além disso, que no item serviços não-próprios estariam englobados também os convênios realizados com a rede pública prestadora de serviços de saúde não-ligados à Previdência Social.

Em relação a esses aspectos cabe lembrar, como já o fazem Braga e Gões de Paula (1981), que as reduções observadas podem significar elevações nos salários dos médicos e nos demais custos do pessoal do INPS. Tal fato provocaria aumento dos gastos em serviços próprios sem que houvesse uma reorientação efetiva da política assistencial adotada, de compra de serviços. Além disso, cabe considerar que a rentabilidade obtida, notadamente pelo setor contratado, dada a dinâmica existente entre o atendimento ambulatorial-hospitalar, não estaria sendo afetada por essas reduções relativas. Nas palavras dos autores referidos: "Em tendo-se verificado, ou vindo a se verificar, essa tendência (de redução do volume de recursos destinados aos serviços não-próprios) não é indicadora de estatização dos serviços. Mostraria, isto sim, o fato... de a assistência ambulatorial ter-se tornado o segmento dinâmico do faturamento da rede privada. Como esse tipo de assistência tem um custo menor que a hospitalar - porém não necessariamente tem uma rentabilidade menor - a sua predominância como segmento dinâmico teria feito cair relativamente o gasto com serviços de terceiros sem que, obviamente, sua massa real tenha caído e muito menos a taxa de lucro das empresas médicas. Apenas, como o faturamento privado ambulatorial aumentou mais que o privado hospitalar, seu conjunto absoluto cresce, diminuindo porém como participação do gasto total do INPS, cujos serviços próprios hospitalares são de alto custo. (Ou no caso concreto, porque os reajustes salariais fizeram os custos próprios su

birem)". (17)

Ao se examinarem as despesas correntes do programa saúde até 1977 (Tabela 10 - Anexo), verifica-se que as taxas reais de crescimento anual do gasto com assistência ambulatorial são maiores do que com assistência hospitalar, especialmente a partir de 1974, após o PPA. Com a criação do INAMPS, as despesas com serviços não-próprios voltam a se constituir em mais de 70% dos recursos despendidos na assistência médica previdenciária, sendo que os ramos ambulatorial e hospitalar têm taxas reais de crescimento menores do que até 1976, conforme já foi destacado. Dessa forma, conclui-se que a parcela de serviços contratada junto ao setor privado, quer na área hospitalar quer na área ambulatorial, estabelece um patamar absoluto de faturamento que lhes proporciona mecanismos de defesa de suas margens de lucro e taxas de rentabilidade de forma relativamente independente de eventuais reduções de participação no gasto total em assistência médica previdenciária, confirmando-se assim a análise acima.

No que diz respeito ao fato de a classificação geral de serviços não-próprios englobar também uma parcela de serviços prestados pela rede pública não-previdenciária, cabe lembrar que a participação dos serviços conveniados (públicos e privados) não tem representado, ao longo da década, mais do que 5% das despesas correntes. (18)

Finalmente, a quantidade mínima de alocação de recursos para investimentos na expansão da rede de serviços próprios permite supor que a vigência da ênfase médico-assistencial privatista, a nível da assistência médica, não tem permitido sequer uma política tímida de melhor estruturação da rede previdenciária própria, compatível com as diretrizes que aparecem no discurso governamental, de melhoria da rede do INPS/INAMPS para fazer face à expansão da Previdência Social. Isso nos leva à suposição de que a rede própria apresenta níveis de competitividade em relação à rede privada muito precários, uma vez que não existiu um fluxo permanente de recursos para sua melhoria e expansão.

3.2 - AS FORMAS DE FINANCIAMENTO

Outro ponto importante para a análise da dimensão econômico-financeira da política estatal em Atenção à Saúde diz respeito ao exame das formas de financiamento de suas duas principais vertentes: a atenção médico-sanitária e a médico-hospitalar.

No primeiro caso, a responsabilidade recai principalmente sobre a União, dado que os recursos à disposição do MS advêm do orçamento fiscal obtido através do sistema tributário nacional. Dada a reduzida participação desses recursos no volume total de recursos do setor e o caráter reconhecidamente regressivo da estrutura tributária brasileira,⁽¹⁹⁾ o que cabe considerar é a baixa capacidade desse ramo da política de saúde em funcionar como um mecanismo efetivo de redistribuição indireta da renda.

No segundo caso, ou seja a vertente médico-hospitalar onde predomina a ação do INAMPS e seus programas de assistência médica aos previdenciários, o financiamento recai basicamente sobre os segurados contribuintes e sobre os consumidores (assalariados em sua grande maioria).

Mas vejamos em detalhe o porquê dessa afirmação, pois, formalmente, a União e os empregadores em geral também participariam do financiamento da política previdenciária global e da assistência médica em particular.

A receita do Complexo Previdenciário é constituída das seguintes fontes de recurso:

- Receitas de Contribuições que representam o somatório da contribuição de empregados, empregadores, autônomos, avulsos etc. O Quadro I sintetiza a estrutura desse item das Receitas Previdenciárias até 1980.

QUADRO I
CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS

ESPÉCIES	VALOR %
a) EMPRESA URBANA	
Empregado	8.0%
Empregador	8.0%
Previdência Rural	2.4%
Salário-Família	4.0%
13º Salário	1.2%
Salário-Maternidade	0.3% 23.9%
Seguro de Acidentes do Trabalho	0.4%, 1.2% ou 2.5%
OBS.: Restitui-se ao empregador, por ocasião do pagamento do 13º salário (abono anual), a taxa de 0.6%, calculada sobre a média dos salários pagos durante o exercício.	
b) EMPREGADOR RURAL	
Contribuição sobre o valor comercial dos produtos rurais	2.5%
c) ÓRGÃO DO PODER PÚBLICO - REGIME GERAL	
Servidor CLT	8.0%
Órgão	8.0%
Salário-Família	4.0%
13º Salário	1.2%
Salário-Maternidade	0.3% 21.5%
Seguro Acidentes do Trabalho	0.4%, 1.2% ou 2.5%
d) SERVIDORES DE ÓRGÃO PÚBLICO - REGIME ESTATUTÁRIO	
Servidor para Efeito de Aposentadoria	5.0% 5.0%
Servidor SINPAS + Pensão	1.0
+ Patronal	2.0%
e) ENTIDADE PÚBLICA	
S/Salário-base dos servidores	1.0%

Continuação - QUADRO I

ESPÉCIES	VALOR %
f) ENTIDADE FILANTRÓPICAS	
Empregados	8.0%
Salário-Maternidade	0.3% 8.3%
13º Salário - Calculados sobre a média dos salários pagos aos empregados	0.4%, 1.2% ou 2.5%
g) EMPRESA DE TRABALHO TEMPORÁRIO	
Temporário	8.0%
Empresa	8.0%
Seguro Acidentes do Trabalho	0.4%, 1.2% ou 2.5%
h) TRABALHADORES AUTÔNOMOS	
S/Salário-base	16.0%
i) CONTRIBUINTES EM DOBRO E MINISTRO DE PROFIS SÃO RELIGIOSA	
S/Salário-base	16.0%
j) ASSOCIAÇÕES DESPORTIVAS	
S/Salário-base dos empregados	8.0%
13º Salário - Calculados sobre a média dos salários pagos aos empregados	8.0%
Seguro Acidentes do Trabalho	0.4%, 1.2% ou 2.5%
k) RENDAS DE ESPETÁCULOS ESPORTIVOS	
Contribuições incidentes sobre a renda líquida	5.0%

FONTE: IAPAS/MPAS

. Contribuições da União definidas constitucionalmente através do artigo 21, § 2º da Constituição Federal Brasileira, através da quota de previdência que possui, até 1980, a seguinte estrutura de incidência:

- 10% sobre a renda bruta da Loteria Esportista Federal;
- 14% sobre o valor da venda dos bilhetes da Loteria Federal;

- 6% do preço "ex-refinaria" dos combustíveis automotivos da gasolina "A";
- 3% sobre o movimento global das apostas de corrida turfística;
- 3,6% sobre o imposto de importação.

Além disso, desde 1977 (Lei nº 6.439), a União incumbe-se, via repasse à Previdência Social, de cobrir:

- a complementação do custeio de benefícios e as despesas de assistência médica dos funcionários públicos civis federais;
- aposentadoria por tempo de serviço dos funcionários sob o regime estatutário;
- diferença entre a receita da Quota de Previdência no exercício anterior ao da apresentação da proposta orçamentária vigente a cada ano e as Despesas de Pessoal e Administração Geral do INPS, INAMPS e IAPAS no mesmo exercício;
- eventuais insuficiências financeiras do SINPAS.

Outras Receitas

- multas, correção monetária e juros de mora devido ao não-recolhimento das contribuições compulsórias;
- remuneração recebida por prestação de serviços de arrecadação, fiscalização e cobrança prestados a terceiros, bem como da prestação de outros serviços e do arrendamento de bens;
- outras receitas patrimoniais, industriais e financeiras;
- doações e subvenções recebidas;
- receitas das outras entidades integrantes do SINPAS, a partir do momento de sua constituição.

Em relação ao comportamento das Receitas Previdenciárias durante a década dos 70, ⁽²⁰⁾ constata-se que o item majoritário é o de Contribuições Compulsórias, responsável por aproximadamente 90% dos recursos financeiros destinados a custear o funcionamento do Sistema (Tabela 21 - Anexo). As transferências da União apresentam-se de forma declinante ao longo da década, sendo que constituíam 10% do total das Receitas em 1970, e somente 3,5%, aproximadamente, em 1980. O item Outras Receitas também tem uma participação extremamente residual no volume global de recursos captados a cada ano.

Analisando o comportamento das Receitas do INPS até 1977, ou seja, antes da criação do SINPAS, verifica-se que também nesse órgão a Receita Tributária (contribuições compulsórias) se constituiu no principal elemento gerador de recursos. O item Transferências Correntes, que representa a parcela transferida pela União ao INPS, também se apresenta de forma declinante (Tabela 22 - Anexo).

O resultado do declínio das transferências da União é o surgimento de uma dívida acumulada para com o SINPAS, em 1980, de Cr\$ 99 bilhões em recursos correntes e de Cr\$ 284,5 bilhões se tomados os valores reais, conforme aparece nas Tabelas 24 e 25 do Anexo .

Analisando o comportamento das finanças do SINPAS, e o comportamento isolado das finanças do INPS até 1977, verificam-se dois fatores inquestionáveis:

- a baixa participação dos recursos da União nos recursos captados para a operação do complexo previdenciário; e
- a baixa participação das Receitas Patrimoniais, de Capital etc. na Receita Total, demonstrando que a gestão financeira e patrimonial, ou em outras palavras, a capitalização do complexo se apresenta de forma problemática.

Dessa forma, como já apontam Braga e Góes de Paula (1981), nem a União nem a capitalização podem ser consideradas como suportes ao financiamento do complexo previdenciário em geral e da assistência médica previdenciária em particular. Evidencia-se, assim, que o financiamento dessas políticas estatais tem sido feito com base na receita advinda das contribuições compulsórias de empregados e empregadores.

Cabe lembrar, porém, que "somente as contribuições dos empregados podem ser consideradas um tributo direto. A parcela paga pelas empresas deve ser considerada como custos relativos a encargos sociais e, como tal, transferidos aos consumidores sob a forma de aumento no preço dos produtos ou serviços". (21)

Em síntese, se antes da criação do INPS também eram os segurados que financiavam o sistema, visto que a União e as empresas não efetivavam as transferências que lhes cabiam acumulando débitos, a situação pós-1967 parece não ter se alterado significativamente. Mesmo no caso das empresas, onde se preconizam, a nível formal, correções monetárias, juros e outras sanções pelo não-recolhimento das suas parcelas de contribuições, fazendo com que seja mais difícil a "sonegação",⁽²²⁾ abre-se o caminho para o uso do poder oligopólico de repasse dos chamados custos sociais aos preços dos produtos.

Em face de tais constatações, fica claro que quem acaba suportando o financiamento dessa política estatal são os próprios segurados contribuintes. E isso tanto diretamente através do desconto nos salários, como ao consumir os diferentes produtos que compõem suas cestas de consumo, dado que, a partir da expansão da cobertura da Previdência Social, a quase totalidade da massa consumidora é também cliente do complexo previdenciário. Não é possível dizer, em resumo, que exista qualquer regime de gestão das finanças previdenciárias (nem de capitalização, nem de repartição), pois são os assalariados e os consumidores em geral que financiam o dispêndio governamental nas diferentes atividades que são objeto de ação do complexo previdenciário, entre as quais se destaca a assistência médica.

O único segmento que teoricamente não se enquadraria na análise acima realizada seria aquele composto pelos programas de previdência e assistência médica ao trabalhador rural. Os segurados enquadrados na clientela rural não contribuem diretamente para o sistema, que se financia através do recolhimento de 2,5% sobre a produção rural e de 2,4% sobre a folha de salários das empresas vinculadas ao INPS, conforme já descrito no Capítulo anterior. Nesse caso, cabe lembrar que, em primeiro lugar, as receitas geradas são oriundas predominantemente da previdência urbana (Tabela 23 - Anexo), passando a ocorrer o mesmo tipo de distorção acima analisado. Em segundo lugar, já foi observado no exame do gasto do FUNRURAL que as despesas, desde 1974, começam a superar as receitas, gerando déficits crescentes. Finalmente, o programa de atendimento ao trabalhador rural é muito menos abrangente e pródigo que o oferecido à clientela

urbana. Tais evidências nos levam a constatar que a originalidade e a aparente "justiça social" que preside o funcionamento dos programas de previdência e assistência médica ao trabalhador rural, apesar de criarem um mecanismo que escapa das regras e mazelas da contribuição compulsória, levam, na prática, à ocorrência de uma transferência inter-assalariados e à limitações dos programas de atendimento pela insuficiência de receitas.

Mas constatada a natureza do financiamento da política es total em previdência social e assistência médica, analisemos também os efeitos dessa forma de captação de recursos, no que diz respeito às suas relações com a dinâmica da economia, ao equilíbrio financeiro do complexo previdenciário e à política econômica do governo.

Da análise das formas de financiamento da Previdência Social e do comportamento das receitas arrecadadas durante a década dos 70, destacam-se os seguintes pontos:

- em primeiro lugar, ao se sustentarem as Receitas Previdenciárias nas Receitas de Contribuições e estas estando amarradas diretamente aos salários, o crescimento das receitas ficaram, ao longo da década, dependentes da velocidade de incorporação de parcela da população ainda não coberta e do crescimento do número de empregos. Isso porque o aumento da massa geral dos salários, via o aumento do salário-médio, era obstaculizado por uma política salarial que, até 1979, comprime os mesmos, principalmente os das camadas de baixa renda. Logo, conseguida a incorporação da quase totalidade da população e, no final da década dos 70, não se sustentando as taxas de criação de novos empregos, as receitas previdenciárias tendem a cair, mostrando a fragilidade de sustentação dessa política nos momentos de crise da economia;
- a receita de contribuições, calculada majoritariamente sobre a folha de salários da população urbana, onera o custo da mão-de-obra, elevando o custo relativo do fator trabalho em relação aos demais fatores de produção; (23)

- como a incidência das contribuições previdenciárias, dada a sua base de cálculo; onera proporcionalmente mais as empresas com maior relação trabalho/capital, a vulnerabilidade desse sistema nos momentos recessivos da economia também é muito forte pelo lado da parcela recolhida pelos empregadores. Isso porque esse tipo de empresa é a que demonstra menor estrutura de sustentação durante as crises, podendo decorrer daí uma inadimplência automática das mesmas com relação ao recolhimento das contribuições previdenciárias, o que rebaixaria ainda mais o volume de recursos recolhidos nesse item;
- dada a forma de financiamento da Previdência Rural, não calcada na massa de salários de sua clientela, rompe-se em relação a esse segmento o liame contribuição/prestação previdenciária, e concretiza-se um mecanismo de subsidiamento e/ou transferência dos contribuintes e consumidores urbanos aos beneficiários do sistema previdenciário rural. No entanto, e devido a isso, o volume de recursos à disposição da clientela rural, mesmo em termos per capita, é incomparavelmente menor do que o da clientela urbana. Além disso, dada a participação majoritária de recursos gerados pela previdência urbana e transferidos para o financiamento da previdência à clientela rural, conclui-se que aproximadamente 95% das receitas de contribuições são geradas no setor urbano da economia. (24)
- as quedas progressivas das transferências da União e a inexistência de um fundo de liquidez da Previdência Social que cubram as quedas da receita nos momentos de desaceleração da economia e a queda das receitas de contribuições, demonstram um problema financeiro latente à própria estrutura de funcionamento do complexo previdenciário;
- a adoção de uma política econômica de corte recessivo, como a que começa a acontecer a partir de 1979, potencializa os elementos desestabilizadores das finanças previdenciárias, quer pelo lado dos cortes no gasto público, o que dificulta à União cumprir o seu papel de cobertura dos déficits eventuais do Sistema, quer pelos efeitos que têm na desaceleração do crescimento do emprego

urbano.

Assim, no que diz respeito à estrutura de financiamento, é possível concluir-se que apesar de o crescimento das Receitas Globais do SINPAS e das Receitas de Contribuições ter sido expressivo, não é possível destacar-se nenhuma estratégia redistributiva nesse movimento. No caso da Previdência Social e da assistência médica, isso ocorre por serem os assalariados (enquanto contribuintes e consumidores) que arcam basicamente com esse ônus. Do lado do gasto público em atenção médico-sanitária, devido à sua insuficiência em termos reais em financiar programas amplos e consistentes que dêem conta dos problemas de saúde da população na sua área específica de atuação, deixando de lado a questão da própria regressividade da estrutura tributária.

Esse traço não é exclusivo da política de Atenção à Saúde, mas sim da grande maioria dos programas sociais mais complexos do Governo (habitação por exemplo). Tem validade, portanto, até este momento, a "regra de ouro" já denunciada por Braga e Góes de Paula (1981): "os assalariados pagam o que recebem e o Estado orienta o gasto público para atender imediatamente aos vários interesses capitalistas que contempla". (25)

No caso específico analisado, ou seja, no campo da Atenção à Saúde, tal regra se materializa no privilegiamento de um perfil da intervenção estatal que atende, simultânea e majoritariamente, aos interesses capitalistas em geral e do setor Saúde em particular.

Essa forma peculiar de financiar o gasto social e de direcionar o dispêndio estatal para atividades onde sistematicamente predominam os interesses dos produtores dos bens e serviços de corte social, levam o Complexo Previdenciário ao início de uma crise financeira, a partir de 1980, e à problematização das propostas de transformação do caráter médico-assistencial privatista da política de Saúde, como o PREV-SAÚDE, à medida que a "galinha dos ovos de ouro" parece dar sinais de esgotamento em sua capacidade de financiamento.

Se essas são as conclusões principais de uma análise da natureza do financiamento do gasto estatal em Atenção à Saúde de um modo geral, vejamos a seguir se novos mecanismos específicos de financiamento criados transformam tal situação.

3.2.1 - As Novas Formas de Financiamento da Política Estatal em Atenção à Saúde: o Caso do Fundo de Apoio de Desenvolvimento Social - FAS

Em 1974, como já destacado no Capítulo anterior, é criado o FAS com a finalidade de constituir-se em um novo mecanismo de apoio financeiro a programas e projetos que se enquadrassem nas prioridades e estratégias de desenvolvimento social que passam a vigorar com o II PND.

O FAS está subordinado diretamente ao Conselho de Desenvolvimento Social - CDS, a quem submete anualmente seu Plano de Aplicação de Recursos, nas áreas de Saúde, Educação e Cultura, Previdência e Assistência Social, Trabalho, Interior e Justiça (esta última área se integra ao CDS em meados de 1980).

O FAS tem como objetivo o financiamento de projetos de interesse dos setores público e privado nas áreas citadas. Incluem-se também no FUNDO recursos para dois programas considerados como subcontas: o "Programa Nacional de Centros Sociais Urbanos - CSU, criado com o objetivo de implantar unidades de integração comunitária adequadas a proporcionar lazer à população e alguns serviços, tais como: assistência médica, sanitária e odontológica, iniciação ao trabalho e orientação profissional; e o Programa de Crédito Educativo - PCE, criado com a finalidade de financiar ao estudante universitário suas anuidades escolares e despesas de manutenção". (26)

3.2.1.1 - Mecanismos de Operação do FAS

O FAS opera a partir de duas instâncias decisórias principais. A primeira delas é constituída pelo Grupo Técnico Especial -

GTE, composto de membros efetivos e suplentes, em igual número, representando a Caixa Econômica Federal - CEF e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, de forma paritária. Tais membros são designados pelo Ministério da Fazenda, a partir de indicação desses órgãos, sendo o Presidente da CEF membro-nato do FAS.

Além desses representantes, e ainda na primeira instância decisória, atuam junto ao GTE/FAS representantes das Pastas da Saúde, Previdência Social, Educação e Cultura, Trabalho, Interior e Justiça, que têm como função específica opinar sobre projetos e programas vinculados às suas áreas de atuação.

As principais atribuições do GTE do FAS são:

- elaborar os planos de aplicação de recursos de forma a adequar os recursos disponíveis pelo Fundo aos projetos dos diferentes Ministerios, ouvidos seus representantes. Esses recursos são alocados posteriormente sob a forma de transferências;
- analisar as solicitações de empréstimos realizados por órgãos públicos e particulares mediante a apresentação de projetos, ouvindo a opinião conclusiva do representante ministerial a que o asunto estiver vinculado sobre a viabilidade técnica e a importância da proposta em relação às prioridades de desenvolvimento social do governo.

A segunda instância decisória é constituída por uma assessoria especial vinculada à diretoria da CEF que, mediante o recebimento da proposta definitiva e já com os reajustes julgados necessários a nível do GTE, passa a analisar o projeto em seus aspectos econômico-financeiros, visando à concessão do financiamento propriamente dito.

3.2.1.2 - Origens dos Recursos e Estrutura de Financiamento ⁽²⁷⁾

Constituem-se recursos do FAS: as rendas líquidas das Loterias Esportivas; recursos advindos das dotações orçamentárias da

União, que deveriam guardar relação direta com as previsões de distribuição dos prêmios brutos das Loterias em cada exercício; recursos oriundos dos orçamentos operacionais da CEF; outros recursos de origem interna ou externa, provenientes de repasse ou financiamento.

A estrutura de financiamento do FAS é dirigida para duas funções distintas:

- centralizar parcela dos gastos a fundo perdido, realizados pela União, nos Ministérios da Área Social, através da Conta de Repasses e Transferências ou Conta de Aplicações a Fundo Perdido;
- financiar projetos estatais ou do setor privado nas áreas de interesse dos Ministérios que são objeto da ação do FAS, através da Conta de Financiamentos-Liberações (aplicações a cargo da CEF).

No caso das Aplicações a Fundo Perdido (repasse e transferências), a origem dos recursos é a renda líquida das Loterias Esportiva e Federal. Os repasses (recursos vinculados) constituem-se em transferências automáticas aos Ministérios participantes do FUNDO, que decidem autonomamente sua aplicação a partir de suas estratégias internas de gasto. As transferências (recursos não-vinculados) constituem-se em recursos destinados a cada Ministério a partir de projetos específicos. (28)

No caso da Conta de Financiamentos, trata-se de recursos aplicados em diferentes projetos (estatais e privados) com custos financeiros subsidiados, com prazo de carência de três anos e enquadrados em uma das seguintes faixas:

- . Faixa 1 - Correção Monetária plena, mais 6% de juros a.a.;
- . Faixa 2 - 80% da CM, mais 6% de juros a.a.;
- . Faixa 3 - 60% da CM, mais 6% de juros a.a.;
- . Faixa 4 - 40% da CM, mais 6% de juros a.a.;
- . Faixa 5 - 20% da CM, mais 6% de juros a.a..

Embora não existam oficialmente critérios estabelecidos para o enquadramento dos projetos em cada faixa de crédito, segun

do os relatórios do FAS, o equilíbrio dos financiamento enquadra-se na terceira faixa, dado o custo agregado dos recursos captados pelo Fundo.

3.2.1.3 - Prioridades de Atuação

Inicialmente, o CDS estabeleceu as seguintes prioridades gerais para a aplicação de recursos do Fundo: ⁽²⁹⁾

- áreas periféricas ou deprimidas dos grandes centros urbanos;
- cidades com população inferior a 50 mil habitantes;
- zonas rurais;
- áreas de execução de grandes projetos de interesse governamental que pudessem atrair rapidamente grandes contingentes populacionais;

Gradualmente, o GTE/FAS passou a formular critérios mais específicos em termos de prioridades, entre os quais se destacam:

- reservar ao setor público as faixas de maior prioridade;
- reservar ao setor público aproximadamente 70% dos financiamentos concedidos.

Tais critérios partiam, segundo Braga e Gões de Paula (1981), do "suposto altamente provável, de que em se tratando de projetos similares, os do setor público atingem populações mais carentes que as que (seriam) atendidas por empresas privadas com fins lucrativos". ⁽²⁹⁾

Os recursos do FAS podem ser aplicados em projetos que envolvam qualquer tipo de gasto - investimento, custeio, manutenção, capacitação e treinamento de recursos humanos, saldos de débitos bancários, saneamento financeiro de empresas privadas etc.

Tais linhas de prioridade parecem ter sido alteradas, visto que em 1979, após dois anos de funcionamento precário (1977 e 1978), precedido de um desempenho significativo em 1976, o CDS aprovava um "elenco de prioridades que visariam dar atenção a projetos e programas que beneficiassem as populações de baixa renda e das regiões menos desenvolvidas".⁽³⁰⁾ A principal modificação, segundo o relatório do FAS de 1979, era a que o fundo deveria desenvolver ações de modo a financiar "hospitais de pequeno e médio porte, unidades integradas de saúde, escolas de 1º e 2º graus e de ensino profissionalizante, nas zonas rurais e urbanas ao invés de universidades e grandes hospitais (grifos nossos)".⁽³¹⁾

Ou seja, praticamente a reafirmação de suas prioridades iniciais, e que aparentemente foram alteradas entre 1976 e 1979, dado que de outra forma tal recomendação não precisaria ser efetuada.

Os determinantes de tal situação serão analisados a seguir, através do exame do desempenho geral do FAS e da área de assistência médica.

3.2.1.4 - Desempenho Geral do FAS (1975/1980)

No que diz respeito ao desempenho econômico-financeiro do FAS, importa para a nossa análise verificar:

- se a forma de financiamento desse Fundo altera a mecânica de captação de recursos até então vigente para a política estatal em saúde como um todo;
- qual o comportamento das Receitas e Despesas Financeiras do Fundo, no sentido de viabilizá-lo como um elemento significativo de aporte de recursos para o desenvolvimento social;
- quais as razões para que o Fundo, logo após a sua criação, ficasse praticamente paralisado, retomando suas atividades apenas em 1980;
- quais as suas perspectivas de desenvolvimento em face dos resultados alcançados até 1980.

Em relação à forma de financiamento e à origem dos recursos, não resta dúvida de que o FAS, ao possuir uma mecânica de captação composta, que mescla parcela a custo zero (ou a fundo perdido), oriunda dos recursos das Loterias e do Tesouro, e outra a custos de mercado, pode permitir um grau de subsídio importante para as atividades de desenvolvimento social. Em princípio, portanto, a organização da captação de recursos do FAS permite a estruturação de um mecanismo de financiamento mais adequado que aqueles adotados para o financiamento da assistência médica previdenciária, por exemplo. Não se oneram ainda mais os assalariados, nem a população em geral que, em contrapartida, passaria a se beneficiar de serviços públicos relevantes por meio dos programas e projetos financiados pelo FAS. Obviamente, tal afirmação só tem validade quando as linhas de aplicação de recursos contemplam programas e projetos cujos perfis se adequem às necessidades da população nas áreas em que o FAS atua, ou seja, próximas às linhas declaradas de prioridades expressas nos próprios documentos iniciais de organização do Fundo.

O grau de subsídio embutido no financiamento do FAS irá depender da composição anual de recursos que perfazem a sua receita. Quanto maiores forem as entradas a custo zero, menor será o custo real dos recursos recebidos e, portanto, maiores as possibilidades de financiamento nas faixas de crédito mais subsidiadas, bem como crescente o volume de recursos destinados a projetos na conta de Repasses e Transferências. Desse modo, é extremamente importante que se controle o custo real dos recursos à disposição do FAS, pois é a partir dessa informação que se pode destinar os recursos para cada uma das contas do FAS e dentro daquela de Financiamentos para cada faixa de crédito, sem correr o risco de descapitalização do Fundo.

Tais observações, sobre o caráter mais geral de funcionamento financeiro do FAS, são de extrema importância para se analisar o desempenho do Fundo a nível financeiro. A velocidade de crescimento das Despesas do Fundo é sempre maior que a das Receitas, conforme se pode observar na Tabela 28 - Anexo. Esse comportamento vai conformando, no período 1976/80, um processo de descapitalização progressiva do FAS, uma vez que o custo médio dos recursos cap

tados era superior à remuneração obtida com o pagamento dos financiamentos de programas e projetos. Ao longo do período analisado, observa-se uma taxa média de falta de cobertura do capital investido da ordem de aproximadamente 13%.

Pode-se apontar alguns motivos que contribuíram para que tal situação ocorresse, a saber:

- em primeiro lugar, a composição média dos recursos captados não se comportou de acordo com as previsões, em função de o volume de recursos da União transferidos ao FAS ter sido menor do que o previsto, fazendo com que o peso dos recursos captados, principalmente através da CEF (a custo de mercado), elevassem o custo real de captação do FAS (vide na Tabela 28 - Anexo o peso crescente do item Exigível Interno na composição do Ativo do Fundo). Esse fato, por sua vez, não levou a uma revisão dos critérios de alocação dos financiamentos concedidos por faixa de crédito, fazendo com que ocorresse o descompasso acima citado;
- em segundo lugar, o fato de haverem sido captados recursos de origem externa desde o início das operações do FAS. Isso possibilita o aumento das despesas financeiras do Fundo (devido ao reajuste cambial) mais do que as receitas, como ocorre, por exemplo, no ano de 1979. Cabe notar, entretanto, que os pagamentos dos empréstimos externos e o serviço dessa dívida só são responsáveis pelo desequilíbrio das finanças do FAS de forma secundária. A dívida interna (juros e correção monetária) constitui-se no fator de maior peso no comportamento das despesas do Fundo no período em análise;
- em terceiro lugar, a existência de uma política de expansão das operações contratadas entre 1975 e 1977 (Tabela 30 - Anexo), com concentração em faixas de crédito muito subsidiadas (faixa III e IV), conforme mostra a Tabela 29 - Anexo.

Assim, o comportamento das Receitas e Despesas Financeiras do Fundo, o crescimento do volume de operações contratadas e a inexistência de diretrizes que adequassem o custo real de captação a um enquadramento dos projetos em faixas de crédito compa

tíveis com esse mesmo custo levam o FAS, a partir de 1978, a apresentar resultados financeiros negativos (Tabela 28 - Anexo). Em consequência, a operação do Fundo começa a tornar-se extremamente problemática.

Essa situação só poderia ser corrigida aumentando-se o fluxo de recursos a custo zero, fazendo cair o custo geral de captação, ou adotando-se um critério de distribuição de projetos, por faixa de crédito, compatível com os custos reais de captação, diminuindo assim o grau de subsídio para uma parcela de projetos financiados.

Como nenhuma dessas medidas parece ter sido tomada, a consequência foi colocar como questão central para a continuidade de funcionamento do Fundo, o problema da administração da dívida de médio e longo prazos, tanto de origem interna quanto externa, fazendo com que suas operações tendam a restringir-se.

Nesse sentido, parece-nos importante a resolução do CDS, já em 1979, reafirmando como prioridades para a obtenção de financiamentos projetos de porte menor e que fossem compatíveis com a capacidade de atuação do FAS.

A previsão de entrada de recursos para o ano de 1981, conforme relatório de atividades do FAS de 1980, mostra que os empréstimos internos (a custo de mercado) ainda constituem a maior parcela de recursos (31,4%), se tomado cada item isoladamente. Nota-se, de outro lado, uma previsão de recursos oriundos do Tesouro bastante irreal, se considerarmos os cortes orçamentários realizados já em 1980 e a situação mais geral a nível da política econômica do Governo, que enfatiza cortes no gasto público de forma generalizada.⁽³¹⁾

Em síntese, pode-se concluir que, em termos de perspectivas a médio prazo, as operações do FAS tendem a continuar enfrentando os problemas originados pelo formato de gestão adotado durante a segunda metade dos anos 70, onde não se conseguiu imprimir uma linha de atuação ao Fundo (quer ao nível da captação, quer ao nível da seleção de projetos por faixa de crédito) que consolidas

se sua situação financeira de forma mais equilibrada.

Isso não significa que o FAS deveria deixar de apoiar projetos de desenvolvimento social com alto grau de subsídio. Mas sim apontar que, a nível financeiro, a existência de um fluxo mais constante e mesmo crescente de recursos a custo zero é condição fundamental para que esse novo mecanismo de financiamento da área social possa ter uma atuação mais efetiva. Na Tabela 33 - Anexo, pode-se verificar à guisa de exemplo da vulnerabilidade do FAS, a diminuição do Patrimônio do Fundo que só não acontece já em 1979 dada a entrada de Recursos Operacionais da CEF, os quais, inclusive, não são integralizados em 1980. (32)

Mas se de um lado se constata essa fragilidade financeira, cabe examinar o perfil dos projetos financiados para aquilatar, na área de Saúde principalmente, se as prioridades de aplicação foram relevantes, justificando, dado o seu alcance social, o processo de crescente descapitalização do FAS.

3.2.1.5 - O Desempenho do FAS na área de Saúde e Previdência Social

A análise das propostas aprovadas pela CEF (Tabelas 34, 35 e 36 - Anexo) revelam que, até meados de 1977, o grande beneficiado pelos empréstimos do FAS foi o setor privado, que recebeu aproximadamente 80,0% dos financiamentos concedidos. A partir de 1978, começa a ocorrer uma mudança gradativa nos critérios de aprovação dos financiamentos. Entre setembro de 1977 e dezembro de 1978, período em que o FAS praticamente paralisa suas atividades dada as dificuldades financeiras atrás mencionadas, praticamente se inverte a participação do setor privado, crescendo a do setor público. Este último recebe nesse período praticamente 70% dos financiamentos contratados.

Essa orientação parece consolidar-se em 1979, quando o setor público aumenta sua participação, chegando a receber 87,5% dos financiamentos contratados.

Ao longo do período 1975/79, para o qual se dispõe de informações, e dada a inflexão nos critérios de destinação de re

ursos, o setor público acaba recebendo 54,1% dos recursos destinados a projetos aprovados, enquanto o setor privado fica com os 45,9% restantes (Tabela 37 - Anexo). Do ponto de vista das operações contratadas, entretanto, o setor privado acaba ficando com a maior parte dos recursos (54,4%).

Tal situação na área de Saúde contrasta, por exemplo, com a de Educação, outra área importante do FAS no que diz respeito à mobilização de recursos, e onde sempre predominou uma orientação de privilegiamento do setor público. Segundo Braga e Góes de Paula (1981), essa diferença permitiu, até meados de 1977, que houvesse o cumprimento da proposta original do CDS, recomendando a alocação de 70% dos recursos para o setor público, apesar de o FAS privilegiar no campo da Saúde quase exclusivamente o setor privado.⁽³³⁾

Com relação ao enquadramento dos projetos nas diferentes faixas de crédito, observa-se tanto no setor Saúde quanto no setor Educação uma concentração de financiamentos nas faixas III e IV, o que leva a uma distribuição geral dos projetos no período 1975/80, conforme apresentado na Tabela 29 - Anexo. No setor Saúde, é possível constatar-se que tanto quando a orientação implícita de destinação de recursos beneficiava o setor privado (a nível das propostas contratadas) ou quando se passou a destinar maiores recursos para o setor público, isto foi feito com um alto grau de subsídio. Convém destacar, novamente, que dada a composição variável de aporte de recursos ao Fundo e que tendeu a ser constituída em sua maior parte por recursos onerados, esse alto grau de subsídio dos projetos financiados, quer para o setor privado que para o setor público, acaba levando o FAS a apresentar resultados financeiros cada vez mais negativos e a descapitalizar-se no período analisado.

No que diz respeito à natureza dos projetos financiados⁽³⁴⁾ na área de Saúde até meados de 1978, a maior parte provém da Região Sudeste, aparecendo a seguir as Regiões Sul e Nordeste como aquelas que concentram o maior número de pedidos. No processo de seleção dos projetos, mantém-se a liderança da Região Sude

te, mas os projetos aprovados do Nordeste e da Região Centro-Oeste ultrapassam em valor financiado os da Região Sul.

Quanto ao número de leitos contratados, os dados do PLUS/INAMPS demonstram sua concentração nas regiões mais ricas do País, não se alterando, de modo significativo, até meados de 1978, a estrutura da distribuição regional dos leitos hospitalares. Segundo Braga e Góes de Paula (1981), com base nas informações acima citadas, 47% dos leitos criados localizavam-se, até esse período, na Região Sudeste, o que correspondia em termos financeiros a 50,1% do montante de recursos empenhados pelo FAS. (35)

Segundo esses autores, tais fatos confirmam que, também a nível do FAS, se privilegia o atendimento médico-hospitalar. Em suas palavras:

"(...) De fato, os contratos efetivados pelo FAS apenas confirmam, segundo as informações disponíveis, a composição das propostas de financiamento que lhe são apresentadas - 73,8% pretendendo a instalação de leitos hospitalares, 4,9% referentes a Unidade de Saúde, 0,8% a Pronto Socorro e 20,5% a Outros Serviços (...) Pode-se ainda ver que a capacidade hospitalar criada é caracterizada por seu tamanho médio (51 a 150 leitos) quando de propriedade privada e de porte pequeno (até 50 leitos) quando de propriedade pública (...) Confirma-se aqui também o peso dos hospitais privados lucrativos que constituem 62% das propostas referentes à instalação de leitos". (36)

A partir de meados de 1979, o CDS, dada as dificuldades financeiras do FAS, resolve adotar (mais correto seria dizer reafirmar, visto que as prioridades são praticamente as mesmas do momento de constituição do FAS em 1974) uma outra escala de prioridades.

A grande modificação, já referida anteriormente, seria o FAS passar a financiar hospitais de pequeno e médio portes e unidades integradas de saúde ao invés de grandes hospitais. Em síntese, propunha-se para a área de Saúde e Previdência Social as seguintes prioridades:

- "- programas de Saúde e Saneamento para extensão de cobertura com ações primárias de saúde;
- programa de assistência à saúde, de nível primário e secundário (postos de saúde, centros de saúde, unidades integradas de saúde e hospitais gerais de pequeno e médio portes), com prioridades à atenção materno-infantil, alimentação e nutrição, com bate a doenças transmissíveis;
- atendimento ao menor e ao idoso;
- reabilitação profissional". (37)

Em 1979, em parte como reflexo dessa nova orientação, a Região Nordeste passa a concentrar a maior parte dos recursos aprovados (49%) e contratados (43%), seguida da Região Sudeste, com participações de 19% e 22%, e da Região Sul, com participação de 8,6% e 8,4%. O restante divide-se entre a Região Centro-Oeste, com 2,0% dos recursos para projetos aprovados e 0,5% dos contratados, e a Região Norte.

Se tomarmos somente os recursos destinados às áreas de Saúde e Previdência Social, a Região Nordeste passa a participar com 61% das propostas aprovadas e 58,3% das contratadas e a Região Sudeste com 23,3% e 29,5%, respectivamente. Como já foi destacado, a maior parte desses recursos se destina ao setor público (87,5%).

Em 1980, apesar de não se dispor de informações detalhadas, (38) é possível verificar que a área de Saúde recebe 45% do montante de recursos contratados, que a maior parte dos recursos do FAS se destina à área pública e que, em termos regionais, existe uma concentração nas Regiões Centro-Oeste e Sudeste (Tabela 30 - Anexo). Se no entanto verificarmos os projetos do FAS lançados nesse ano na Região Centro-Oeste, mas a cargo da própria União e, portanto, distribuídos em termos reais para outras regiões, verifica-se que o setor saúde passa a ser aquele com maior participação a nível dos projetos contratados, e que as Regiões Sudeste e Nordeste são aquelas onde se concentram a maior parte dos recursos contratados, seguidas de perto pela Região Sul. (39)

Em síntese, o FAS, em seu período de maior "vigor", foi basicamente um fundo de financiamento à iniciativa privada, repassando recursos com um alto grau de subsídio, em perfeita coerência com a ênfase médico-assistencial privatista com gerência estatal que caracteriza a política governamental no setor. Como se tentou demonstrar, a opção pela expansão dos contratos nas faixas de crédito subsidiadas, sem a sua adequação ao custo real de captação, auxilia o processo de deterioração da "saúde" financeira do Fundo. Ademais, o perfil de projetos financiados distorce a efetividade social do FAS na área de saúde, pois seguramente existiriam outras prioridades de financiamento na área de atenção médico-sanitária.

A partir de 1979, nota-se uma tentativa de reversão desse processo, cujo efeito não é possível aquilatar corretamente a partir das informações disponíveis.

Finalmente, dada as unidades hospitalares financiadas pelo FAS terem quase garantida a compra dos seus serviços por parte do INAMPS, constata-se que se fecha o ciclo de apoio econômico-financeiro à iniciativa privada no campo da Atenção à Saúde. É garantido o custeio dos serviços produzidos pela rede privada, como também o financiamento para a construção, expansão e modernização das suas unidades pelo menos até 1979, fazendo-se com que a Atenção à Saúde seja um empreendimento muito rentável. Tudo isso vem ocorrendo de forma independente às carências do setor e de sua influência no processo de descapitalização do FAS. Além disso, e certamente em decorrência desses fatores, a política do FAS parece não ter contribuído de forma decisiva para uma distribuição regional mais equilibrada das unidades de saúde, apesar das modificações que começam a ocorrer após 1979.

3.3 - EQUIPAMENTOS E RECURSOS HUMANOS EM ATENÇÃO À SAÚDE

A análise das características e da disponibilidade de equipamentos e recursos humanos para o desenvolvimento das ações em Atenção à Saúde no Brasil ainda é bastante problemática, dada a inexistência de um sistema de informações consolidado. As considerações feitas aqui, a partir dos dados disponíveis, devem ser tomadas como indicadores de tendências, cujo grau de precisão é difícil de ser aquilatado.

No que diz respeito à atenção médico-hospitalar, verifica-se uma expansão considerável no número de hospitais e leitos disponíveis ao longo da década dos 70.

O crescimento do número de hospitais (Tabela 38 - Anexo), entre 1964 e 1967, é de 13,6% em termos de unidades existentes e, entre 1967 e 1978, da ordem de 76% aproximadamente.

A maior parte das unidades hospitalares encontra-se sob controle da rede privada (unidades lucrativas e não-lucrativas). A rede privada de caráter lucrativo vem expandindo-se, possuindo, em 1978, 46% do total das unidades hospitalares existentes. Entre 1964 e 1978, a expansão da rede privada com características lucrativas foi da ordem de 175% enquanto que na década dos 70 (entre 1967 e 1978) se situou em torno dos 82%. A rede privada com características não-lucrativas, que possuía metade das unidades hospitalares existentes no Brasil em 1964, vem diminuindo sua participação no total da rede hospitalar, ficando, em 1978, com aproximadamente 36% das unidades existentes.

A rede pública mantém uma participação inferior a 20% no total das unidades hospitalares existentes no período. Cabe notar, entretanto, que apesar dessa posição bastante secundária em termos quantitativos, entre 1967 e 1978 a rede pública apresenta a maior taxa de crescimento, em torno de 128% (Tabela 38 - Anexo).

A análise da evolução do número de leitos hospitalares existentes (Tabela 39 - Anexo) mostra um crescimento de 43% entre

1960 e 1971 e de 30% entre 1971 e 1978. Assim, observa-se uma "vitalidade" apreciável no crescimento dos equipamentos a nível médico-hospitalar.

Em relação aos leitos hospitalares, pôde-se apenas obter informações quanto ao número de leitos das redes pública e privada, não sendo possível distinguir dentro dos leitos privados aqueles pertencentes a unidades com características lucrativas. Verifica-se que a rede privada de hospitais vem aumentando sua participação no total de leitos disponíveis. Se em 1960 o segmento privado detinha 62% dos leitos existentes, em 1971 passa a contar com 66% e finalmente, em 1978, com 74% (Tabela 39 - Anexo).

A distribuição regional dos leitos (Tabela 40 - Anexo) demonstra a sua concentração, em 1978, na Região Sudeste, quer a nível da rede pública (53% do total de leitos do setor público) quer a nível da rede privada (56% do total de leitos do setor privado), totalizando 55% de sua capacidade instalada.

Quando se deixa de lado essa região, verifica-se que o restante da rede pública se distribui, em 1978, em ordem decrescente, pelas Regiões Nordeste, Sul, Norte e finalmente Centro-Oeste. A rede privada, de outro lado, concentra maior número de leitos na Região Sul, vindo a seguir, também em ordem decrescente, a Região Nordeste, Centro-Oeste e Norte. Observa-se, portanto, que a rede privada, como seria esperado, concentra suas atividades nas regiões com maior poder econômico (80% aproximadamente entre as Regiões Sudeste e Sul), enquanto se nota um esforço de concentração da rede pública (quando não se considera a Região Sudeste) no Nordeste.

A disponibilidade de leitos por habitante apresenta-se, devido a esse tipo de concentração geográfica, ainda bastante desequilibrada. Em 1971, por exemplo, as Regiões Sudeste e Sul apresentavam os coeficientes de leitos/habitantes mais elevados, enquanto o Nordeste era a região com menor coeficiente. Em 1980, a despeito de uma melhora relativa na distribuição dos leitos em relação à população, tal concentração, e portanto o desequilí

brio, permanece. Além disso, e provavelmente devido à relativa incerteza quanto ao número exato de unidades e leitos hospitalares existentes no Brasil, nota-se que o crescimento populacional na Região Sudeste superou o crescimento das unidades e leitos hospitalares, fazendo com que em 1980 o coeficiente leitos por habitante diminuisse significativamente nessa Região. (40)

Mesmo em áreas como o Município de São Paulo, onde se concentra uma parcela significativa dos recursos hospitalares existentes no Brasil, nota-se um intenso desequilíbrio em sua distribuição geográfica. Em estudo realizado em 1981, Jatene e colaboradores (1981) apontavam que:

"Pela ausência de uma política de distribuição do equipamento de saúde, a disposição de nossos hospitais não acompanhou o crescimento da cidade. Quando observamos sua distribuição no Município de São Paulo, por áreas homogêneas, vemos que existe uma grande concentração dos hospitais na área central da capital... (que) ... apresenta um índice de 13,2 leitos gerais por 1 000 habitantes, contra 4,6 e 1,1, respectivamente, nas áreas intermediária e periférica.

A distribuição dos coeficientes, segundo distritos e subdistritos de paz, apresenta também grande heterogeneidade, mesmo dentro de uma determinada área homogênea. Assim, temos 40,0 leitos/1 000 habitantes na Liberdade e 1,5 leitos no Subdistrito de Pinheiros na área central. Se na área central e intermediária quase todos os subdistritos e distritos de paz possuem um hospital... esse quadro se altera muito na área periférica do município, onde os 27 subdistritos não possuem um só leito hospitalar. Em termos populacionais, na área central não existe, teoricamente, nenhum habitante sem acesso a um leito; já na área intermediária cerca de 106 mil habitantes residiam, em 1980, em subdistritos onde não há hospital. Esse número é mais gritante na área periférica, onde temos pouco mais de 1 milhão de habitantes residindo em subdistritos sem nenhum recurso hospitalar." (41)

Essa expansão da rede hospitalar foi acompanhada por um aumento significativo no número de empregos ocupados em geral em estabelecimentos hospitalares (Tabela 41-Anexo). Entre 1961 e 1971, segundo dados do IBGE, a expansão global foi da ordem de 376%. Até 1977, o número de empregos dobra, crescendo entre 1977 e 1978 em 9%.

O crescimento de empregos de médicos tem sido superior ao crescimento do número de leitos, aumentando a relação médico/100 leitos, que duplica entre 1971 e 1978. A nível dos outros profissionais envolvidos no atendimento hospitalar, também parece ter ocorrido uma melhoria, mesmo no caso dos profissionais em enfermagem que, se entre 1961 e 1971 tiveram as oportunidades de em prego crescendo menos que a expansão do número de leitos, recupe ram em 1977/78 a relação enfermeiros/100 leitos existentes em 1961.

Entretanto, ao tomarmos o número de médicos existentes no Brasil em 1978 como sendo da ordem de 84 000 aproximadamente,⁽⁴²⁾ nota-se que esses profissionais estariam ocupando simultaneamente mais de um posto de trabalho. A relação médicos/postos de trabalho seria no mínimo de 1,5 no final da década, supondo-se que todos os profissionais existentes estariam em atividade, o que não é neces sariamente verdadeiro. Ao compararmos essa relação com a situação existente em 1973 (nesse ano essa relação era, segundo Sayeg (1977), da ordem de 1,27), verifica-se um aprofundamento da tendência de parcelamento das atividades dos médicos.

Nota-se também que a situação dos empregos em enfermagem, em relação ao número de leitos, continua praticamente a mesma do início dos anos 60. Essa escassez pode ser atribuída ao fato de que a própria organização dos serviços de Saúde a nível hospita lar continua mantendo a tradição "de ser o médico a figura central do grupo que participa da produção dos serviços de saúde",⁽⁴³⁾ in dependente do parcelamento cada vez maior de suas atividades.

Essas características da evolução dos Recursos Humanos parecem constituir uma limitação para a eficiência e eficácia dos serviços de Saúde, contribuindo também para um aumento no custo

dos serviços prestados. Além disso, dada a relação existente entre as características de formação do profissional médico, as características dos serviços prestados e as condições do mercado de trabalho, os especialistas no assunto indicam a ocorrência de grave distorção: formam-se cada vez mais especialistas e subespecialistas quando seria necessário a formação de médicos gerais e a ampliação da utilização de outras categorias de trabalhadores nas equipes de saúde, dentre os quais se destacam os auxiliares polivalentes de nível médio e elementar. (44)

É possível concluir, ainda que de maneira indicativa, dada a precariedade dos dados disponíveis, que o saldo da política de Atenção à Saúde com essa ênfase médico-assistencial privatista tem sido o desenvolvimento da rede hospitalar privada, com predominância do seu segmento lucrativo. Este, por suas próprias características de funcionamento, acaba concentrando-se em regiões mais desenvolvidas, provocando desequilíbrios inter-regionais e intra-regionais em termos de distribuição geográfica, de equipamentos, cobertura de atendimento e formação de recursos humanos. Outro fator frequentemente apontado como resultado da vigência da ênfase médico-assistencial privatista da política estatal em Saúde tem sido a "sofisticação" desnecessária da rede privada de atendimento em termos de equipamentos e instalações. Isso porque se remuneram, de forma vantajosa, por meio da Previdência Social, principal comprador de serviços do setor privado, atos médicos que requerem para sua realização equipamentos mais complexos. Nesse sentido, o Grupo Interministerial de Recursos Humanos para a Saúde, em seu relatório de 1979, apontava: "essa opção produziu séria distorção na prestação de serviços, ao propor modalidade de pagamento de assistência médica que remunera de forma vantajosa os atos que requerem para a sua realização aparelhagem de maior ou menor sofisticação. Como os equipamentos sofisticados frequentemente necessitam instalações específicas, a Atenção à Saúde foi centrada em prédios precariamente adaptados para hospitais, clínicas ou casas de saúde, onde, frequentemente, não existiam instalações para ambulatorios... localizados longe do domicílio dos usuários, o que determinava, quase sempre, a internação como forma de realizar aqueles exames que, em última análise, trariam uma melhor

remuneração para os atos médicos praticados... Por motivos como este, o Brasil é certamente um dos poucos países do mundo onde tem sido possível a criação de hospitais sem ambulatorios e/ou sem emergência, a de emergência desvinculada de hospitais, e até mesmo o funcionamento de Unidades de Tratamento Intensivo fora de hospitais... Em adição não existe uma escala de prioridades para investimentos em instrumental de tecnologia sofisticada de introdução recente no mercado. Estes equipamentos que deveriam ser prioritariamente colocados em Hospitais de Base vinculados ao ensino ou próprios do INAMPS ou em outras entidades não lucrativas, são adquiridos por qualquer tipo de organização de saúde capaz de tornar o investimento rentável".⁽⁴⁵⁾ Prova disso é que, em 1980, por exemplo, existiam disponíveis no Brasil 94 bombas de cobalto, sendo que 60 se localizavam na Região Sudeste, contrariando os índices recomendados de um para cada 1 milhão de habitantes; 37 aceleradores lineares (22 na Região Sudeste), que somente deveriam ser instalados em Centros Oncológicos de excelência obviamente não-existente; 45 tomógrafos computadorizados (31 de corpo inteiro e 14 de crânio, sendo somente seis pertencentes ao setor público), o que representa um tomógrafo para cada 1,6 milhões de pessoas, praticamente concentrados em São Paulo (70%), enquanto que na França se adota um índice de um tomógrafo para cada 5 milhões de habitantes. Tal situação levou a que a Divisão Nacional de Organização dos Serviços da Saúde do MS realizasse, em 1980, um Encontro sobre Equipamento Médico-Hospitalar, de modo a conseguir parâmetros que disciplinassem a importação desnecessária de equipamentos, que contam inclusive com isenções fiscais.⁽⁴⁶⁾

A "sofisticação" que se fala aqui não corresponde, entre tanto, a uma rede complexa, diferenciada e bem equipada, a nível médico-hospitalar, nas mãos do setor privado. Corresponde muito mais a uma desordem e desequilíbrios resultantes da ausência de uma política estatal mais consistente que ordene o crescimento da rede de equipamentos, de modo a dar conta dos problemas médico-sanitários e hospitalares a que a população está submetida. Isso resultou numa ação do setor privado sempre no sentido de maximizar as oportunidades de obtenção de maior rentabilidade nos serviços de saúde que produzem, aproveitando as facilidades estatais a ní-

vel do financiamento de base técnica (caso do FAS), e da compra de serviços (caso da assistência médica previdenciária), sem que necessariamente estivesse sendo montada uma rede de atendimento médico-hospitalar convenientemente estruturada e bem distribuída em termos geográficos.

Poder-se-ia argumentar que, em relação a esses desequilíbrios, estaria sendo tentada, embora de forma residual, uma ação do setor público em áreas pouco atraentes à iniciativa privada. Cabe lembrar que na política de atenção à saúde vigente, não só tem-se limitado a expansão quantitativa das unidades hospitalares públicas como, ao financiar-se basicamente através da Previdência Social o setor privado, se permite que a rede pública existente enfrente dificuldades na obtenção de recursos para a sua própria manutenção, deteriorando-se e apresentando graus de ociosidade elevados. (47)

Em diagnóstico efetuado em 1980, a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação - CIPLAN - MPAS/MS, encarregada da coordenação da elaboração do Prev-Saúde, assim se expressava sobre a situação da Assistência Hospitalar a nível do setor público:

"Na distribuição dos leitos em uso, observa-se uma concentração dos mesmos na Região Sudeste, detentora de 53,7% dos leitos do País, sendo que apenas os Estados de São Paulo e Rio de Janeiro possuem 42,7%... A taxa de ocupação dos leitos para todo o País situa-se em torno de 65%, significativamente abaixo do parâmetro considerado como satisfatório (85%)".

Conclui-se, no diagnóstico efetuado, que embora limitada, a rede pública não estaria sendo utilizada, em seu conjunto, de forma satisfatória e que para isso seria necessário um remanejamento da atual política de Saúde a nível das diretrizes e dos recursos humanos, equipamentos e instalações e principalmente nas formas de financiamento, de modo a não se encarar como problema somente a relação público/privado, mas também a própria estruturação interna do setor público. (48)

Em síntese, não só a política estatal em Atenção à Saú

de tem criado condições para uma expansão do setor privado, como obstaculizado a própria expansão e utilização da rede pública existente a nível hospitalar. Além disso, a ausência de uma política de médio e longo prazos, no sentido de maior utilização da rede pública, ocasiona dificuldades para a maior integração e articulação dessa rede tanto internamente como com o segmento médico-sanitário das ações de saúde.

A análise, mesmo sumária dos equipamentos para atendimento médico-sanitário, mostra que ao contrário da expansão observada nos equipamentos médico-hospitalares durante a década dos 70, parece não haver ocorrido um crescimento significativo na disponibilidade de unidades sanitárias (Tabela 44 - Anexo). Tal constatação reforça ainda mais as distorções já apontadas, visto que para um atendimento que se aproxime dos princípios fundamentais de uma correta política de Atenção à Saúde (atendimento integral precoce, ligado às necessidades da população e baseado na equipe de saúde) essas unidades deveriam constituir-se no suporte principal das ações de governo nesse campo. (49)

Em outras palavras, verifica-se que a política de atenção à saúde vigente no Brasil, no período em análise, contraria quase que completamente o "consenso universal da necessidade de se estender os cuidados primários de saúde a toda população... (onde deveriam ser obedecidos)... requisitos como os de utilização de técnicas simples, eficazes e de baixo custo, executadas por pessoal auxiliar recrutado de preferência na própria localidade, instalados em unidades de saúde fixas e de pequeno porte, supervisionadas e abastecidas regularmente, articuladas com unidades de maior porte a qual são referidos pacientes", (50) que se integrariam por sua vez com outras unidades a nível hospitalar mais complexas, sofisticadas e corretamente distribuídas em termos geográficos.

3.4 - SERVIÇOS PRESTADOS: EXTENSÃO E NATUREZA

O exame dos serviços prestados pela política estatal em Atenção à Saúde pós-67, dada a importância da assistência médica previdenciária, recai basicamente sobre a produção de serviços oferecidos pelo INPS e FUNRURAL até 1978, e após a criação do SINPAS pelo INAMPS.

Um dos fatores já apontados como indicador do peso crescente da assistência médica previdenciária na política estatal em Atenção à Saúde foi a significativa expansão da clientela previdenciária, ao longo da década dos 70. Já se afirmou que essa expansão foi acompanhada por uma outra, a nível dos serviços de assistência médica prestados.

Cabe, portanto, tentar analisar a magnitude quantitativa dessa expansão, mostrando a seguir a natureza dos serviços prestados. Essa análise se constitui no componente final mobilizado de demonstração empírica da ênfase médico-assistencial privatista que marca as ações governamentais em Atenção à Saúde ao longo dos anos 70.

3.4.1 - Expansão da Clientela

Inicialmente, examinaremos a magnitude da expansão da clientela previdenciária (Tabela 45 a 48 - Anexo). A taxa média anual de crescimento do número de segurados contribuintes da Previdência Social foi, ao longo da década, da ordem de 10,6%, sendo particularmente expressivo o crescimento entre 1972 e 1974 (43,5%) e entre 1975 e 1977 (28,5%). Se em 1970 o número de segurados contribuintes representava 17% da população urbana e 9% da população total, em 1980 estavam incorporados ao complexo previdenciário 30% da população urbana e 20% da população total em termos de segurados ativos, o que demonstra o alto dinamismo dessa expansão/incorporação.

A relação entre o número de segurados contribuintes da Previdência Social e a população economicamente ativa (PEA) no

Brasil, no mesmo período, também é bastante significativa para a demonstração do crescimento vertiginoso da clientela previdenciária. Se em 1970 a clientela previdenciária ativa representava aproximadamente 29% da PEA, em 1976 já se constituía em 46% e, em 1980, 54% da PEA.

O crescimento de segurados inativos também é expressivo, dado que a nível da clientela urbana apresenta média anual de crescimento da ordem de 10%, entre 1971 e 1980, e a nível da clientela rural da ordem de 17%, entre 1973 e 1980. (51)

3.4.2 - O Comportamento Quantitativo dos Serviços de Assistência Médica

Com o crescimento da clientela do complexo previdenciário, também se expande significativamente o volume de prestações quer a nível hospitalar (internações), quer a nível ambulatorial (consultas médicas e odontológicas), quer a nível dos serviços complementares de diagnóstico e terapêutica (exames laboratoriais e radiológicos, serviços odontológicos e outros serviços complementares), conforme pode ser observado nas informações compiladas nas Tabelas 49 e 55 do Anexo. Isso ocorre devido às características da prestação da assistência médica previdenciária, que permite acesso imediato aos serviços por parte dos segurados; à predominância do setor privado como principal agente produtor de serviço e com interesses objetivos em sua expansão; e finalmente devido à ausência de um conjunto mais articulado de políticas no campo social (renda, atenção médico-sanitária, habitação, transportes etc.).

As internações hospitalares (Tabela 49 - Anexo) crescem, no período 1971/80, à taxa média anual de 17%, com inflexões importantes entre 1971 e 1972, quando o crescimento anual é da ordem de 52%; logo após a implantação do PPA, entre 1974 e 1975, apresentam a taxa de 28% de crescimento; e entre 1975 e 1976 a taxa anual de crescimento de 26% aproximadamente. Ao longo da década, o número de internações prestadas pelos serviços próprios, contratadas e conveniadas para a clientela urbana e rural é da ordem de 300%.

No que diz respeito ao atendimento ambulatorial, o crescimento das consultas médicas (Tabela 49 - Anexo) apresenta-se semelhante ao das internações, com taxa média anual também da ordem de 17%. A partir da implantação do PPA, de forma similar ao que ocorre com as internações, as taxas anuais de crescimento das consultas médicas aumentam. Entre 1974 e 1975, são da ordem de 55% e

no ano seguinte 28,5%. Cabe destacar que se até 1973 o crescimento anual das consultas médicas era menor do que o das internações, de 1974 até 1977 essa situação se inverte. A partir daí e até 1980, as internações voltam novamente a experimentar maior velocidade de crescimento que as consultas médicas, à exceção de 1980. Ao longo da década, o número de consultas médicas expande-se em 402%.

As consultas odontológicas (Tabela 49 - Anexo) apresentam, entretanto, a maior taxa média anual de crescimento - 30,5%. A semelhança do comportamento do crescimento anual das internações, observam-se inflexões significativas no volume de consultas prestadas entre 1971 e 1972 (127,3% de aumento), e imediatamente após a criação do PPA (51,4% em 1974 e 31,3% em 1975). A partir daí, o ritmo de crescimento das consultas odontológicas diminui, embora entre 1971 e 1980 seja da ordem de 1 100%, aproximadamente.

Os serviços complementares de diagnóstico e terapêutica (Tabela 50 - Anexo) também se expande de maneira muito dinâmica. Os exames laboratoriais apresentam taxa média anual de crescimento, no mesmo período, de 17%, enquanto que para os exames radiológicos e outros serviços complementares a velocidade média de crescimento anual é ainda maior, da ordem de 24% e 29%, respectivamente. Em todos os serviços ocorrem inflexões no perfil de crescimento entre 1971 e 1972 e entre 1974 e 1976, após a criação do PPA. Os exames laboratoriais como um todo crescem 407% entre 1971 e 1980, enquanto os exames radiológicos e os outros serviços complementares crescem 713% e 914%, respectivamente.

Os dados relativos à produção de serviços de assistência médica previdenciária mostram que o atendimento ambulatorial (consultas médicas e odontológicas), e os serviços complementares apresentaram um dinamismo, em termos expansivos, muito superior ao atendimento hospitalar propriamente dito, ao longo da década dos 70. Além disso, a implantação do PPA significou, em todas as modalidades de prestações aqui analisadas, um salto importante no alargamento do volume quantitativo de atendimentos prestados através da medicina previdenciária como um todo. Cabe destacar que a velocidade de crescimento do número de exames complementares de diag

nóstico e terapêutica tem sido superior ao ritmo de crescimento das consultas médicas e das internações, especialmente com relação aos exames radiológicos e outros serviços complementares.

3.4.2.1 - Os Serviços Destinados à Clientela Urbana

A análise do comportamento dos serviços prestados à clientela urbana aponta a sua predominância quantitativa no volume total de atendimentos do Complexo Previdenciário em assistência médica. Em 1980, por exemplo, a clientela urbana absorvia 89% das consultas médicas, 81% das internações, 73% das consultas odontológicas, 96% dos exames laboratoriais e 97,5% dos exames radiológicos, do total de prestações realizadas pelo INAMPS. Ademais, a velocidade de crescimento do número de prestações, quer a nível hospitalar quer a nível ambulatorial e serviços complementares, é muito superior à velocidade de crescimento das prestações destinadas à clientela rural.

O número de internações hospitalares destinadas à clientela urbana apresenta uma taxa média anual de crescimento da ordem de 13% entre 1970 e 1980. Na primeira metade da década, observa-se um salto de crescimento de 16% entre 1971 e 1972, e outro, entre 1974 e 1975, de 32%, exatamente após o início do PPA. Nota-se, portanto, que, durante o período inicial da gestão Geisel (1974 a 1976), o volume de prestação a nível hospitalar experimenta uma expansão significativa da ordem de 65%. A partir daí o crescimento das internações acontece em ritmo mais lento, oscilando as taxas de crescimento entre 10% a 13%, à exceção do período 1976/77, onde o crescimento é mínimo (2%), conforme pode ser observado na Tabela 51 - Anexo.

Os atendimentos ambulatoriais apresentam um desempenho em termos de ampliações quantitativas, quer a nível das consultas médicas (16% de taxa média anual), quer a nível das consultas odontológicas (19% de taxa média anual), superior ao desempenho dos atendimentos hospitalares. Em ambos os casos, como seria esperado, os picos de crescimento correspondem ao período 1974/76. Cabe notar que, contrariando a tendência observada pós-1976, que se

apresentava no caso das consultas médicas como declinante em termos expansivos, no final da década (entre 1979 e 1980) esse tipo de prestação volta a crescer à taxa anual de 17%. As consultas odontológicas, ao contrário, sustentam taxas de crescimento elevadas entre 1977 e 1978, diminuindo o ritmo de expansão das prestações entre 1979 e 1980. (Tabela 51 - Anexo).

No que diz respeito aos serviços complementares (Tabelas 52 e 53 - Anexo), o comportamento expansivo das prestações à clientela urbana aproxima-se das taxas médias anuais de crescimento desses serviços para o Complexo Previdenciário como um todo. Os exames laboratoriais crescem a uma média anual de 17%, aproximadamente, enquanto os exames radiológicos, os serviços odontológicos e outros serviços complementares crescem a uma média anual superior, da ordem de 24,3%, 22% e 26,3%, respectivamente. Também, nesses casos, os maiores picos de crescimento ocorrem entre 1974 e 1976. A partir desse último ano, o comportamento da expansão quantitativa desses serviços varia:

- os serviços odontológicos têm sua expansão sustada relativamente, dado que declinam as taxas anuais de crescimento;
- os serviços complementares diminuem o seu ritmo de crescimento, embora sustentando taxas elevadas anuais (entre 15% e 17%), voltando a crescer entre 1979 e 1980;
- os exames radiológicos crescem entre 1976 e 1977 em 6,8%, o que constitui sua menor taxa anual de crescimento na década em relação à clientela urbana; esses serviços voltam, entretanto, a crescer em 20% no ano seguinte e 40% entre 1979 e 1980;
- os exames laboratoriais diminuem em termos reais entre 1976 e 1977, voltando a crescer a partir daí até o final da década.

3.4.2.2 - Os Serviços Destinados à Clientela Rural

O exame do comportamento quantitativo dos serviços prestados à clientela rural, como já dissemos, demonstra que a expan

são de prestações destinadas a ela é bastante inferior em termos absolutos e no que diz respeito ao dinamismo de crescimento, se comparada com aquela ocorrida nos serviços destinados à clientela urbana.

Isso decorre de dois fatores: da própria população coberta ser menor em termos absolutos e do volume de recursos financeiros destinados a custear tais atividades ser muito inferior àqueles destinados à clientela urbana (ver item que trata do desempenho econômico-financeiro do Complexo Previdenciário). Além disso, a própria forma de contratação de serviços, nesse caso por subsídio fixo, parece contribuir para que não se incentive uma expansão exagerada de prestações, como ocorre a nível da clientela urbana.

No que diz respeito ao atendimento hospitalar (internações), observa-se que, entre 1972 e 1980, a taxa média anual de crescimento desse tipo de prestação foi de 9,7% (Tabela 54 - Anexo). O volume de internações, que vinha crescendo desde 1973, tendo seu pico entre 1975 e 1976 (28% aproximadamente), passa a partir desse ano a expandir-se em ritmo mais lento, declinando desde 1977.

Em termos de prestações a nível ambulatorial, nota-se que a velocidade do crescimento das consultas médicas se constitui numa exceção quando comparada às taxas de crescimento dos serviços prestados à clientela urbana. Em outras palavras, a taxa média anual de expansão, observada entre 1972 e 1980, é da ordem de 19%, sendo superior à encontrada para a clientela urbana. O pico de crescimento (42%) desse tipo de prestação se dá entre 1973 e 1974 (Tabela 54 - Anexo). A partir de 1974, o ritmo de crescimento quantitativo das consultas diminui, até apresentar, entre 1976 e 1977, a menor taxa anual de crescimento na década (3,6%). A partir de 1978, o número de prestações volta a crescer, apresentando, até o final da década, taxas de crescimento anual em torno de 13%.

As consultas odontológicas enquadram-se dentro do desempenho geral das prestações para a clientela rural, ou seja, um di

namismo expansivo menor do que os serviços prestados à clientela urbana, dado que a taxa média anual de crescimento é de 12% entre 1972 e 1980. Mas a semelhança das consultas médicas, o pico de crescimento dessa modalidade de prestações ocorre em 1974 (Tabela 54 - Anexo). Também a partir desse ano o ritmo de crescimento das consultas odontológicas diminui, sendo que, entre 1976 e 1977, ocorre uma queda de 17% no volume de serviços prestados. A partir da criação do SINPAS, essa modalidade de prestações volta a crescer a taxas anuais em torno de 6%, voltando a diminuir em termos reais em 1980, com queda de 1,5%, se comparada a número de consultas odontológicas prestadas em 1979.

No que diz respeito aos serviços complementares de diagnóstico e terapêutica, só se dispõe de informações referentes aos exames laboratoriais e radiológicos e ainda assim a partir de 1975. Entre 1975 e 1980, as taxas médias anuais de crescimento desses exames foram de 9,2% para os laboratoriais e 12% para os radiológicos, ou seja, muito inferiores àquelas observadas para os mesmos tipos de exame a nível da clientela urbana. Em ambos os casos, os picos de crescimento observados (Tabela 55 - Anexo) ocorreram em 1976. A evolução quantitativa desses serviços apresenta um ritmo de crescimento anual menor a partir desse ano, chegando a diminuir em termos absolutos em 1980. Nesse último ano, tanto os exames laboratoriais quanto os radiológicos apresentam crescimento negativo em torno de 30% aproximadamente.

3.4.2.3 - Algumas Considerações sobre a Expansão dos Serviços, Crescimento Populacional e Distribuição Regional

Verificada a magnitude da expansão dos serviços de assistência médica previdenciária às suas diferentes clientelas, tanto em termos absolutos quanto com referência ao dinamismo da expansão observada, cabe agora analisar o comportamento dos serviços em relação ao crescimento populacional. Tal análise será feita por meio do exame do comportamento dos índices regionais de internações hospitalares, consultas médicas e odontológicas por habitante, desdobradas em termos da população urbana e rural (Tabelas 56 a 63 do Anexo I).

Em termos gerais, pode-se apontar, a partir do comportamento dos índices, que durante a década dos 70:

- o volume de prestações, quer a nível ambulatorial, quer a nível hospitalar, cresceu mais do que as populações total, urbana e rural;
- o volume de prestações destinadas à população urbana, sendo maior do que aquele dirigido à população rural, faz com que a disponibilidade de internações e consultas por habitante urbano seja muito superior à da população rural;
- a Região Nordeste tem sido aquela que apresenta menor disponibilidade de serviços à população que nela reside dentre as regiões do Brasil;
- persiste um desequilíbrio acentuado entre as Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste e as Regiões Norte e Nordeste em termos de acesso ao atendimento médico-hospitalar;
- a Região Sul é aquela que apresenta, ao longo da década, os maiores índices regionais de internações e de consultas médicas e odontológicas por habitante urbano, o que demonstra, em princípio, maior disponibilidade a nível da oferta de serviços médicos hospitalares nessa região;
- a Região Sudeste, dado o crescimento populacional intenso, apresenta índices regionais de serviços médico-hospitalares por habitante urbano inferiores à Região Sul, em termos de internações, consultas médicas (à exceção do ano de 1975) e consultas odontológicas, sendo que nesse último caso só a partir de 1977;
- a mesma Região Sudeste também apresenta índices regionais de atendimento inferiores à Região Centro-Oeste no que diz respeito à população urbana no caso das internações a partir de 1976, o que se acentua ao final da década, e no caso das consultas odontológicas a partir de 1977;

- em relação à disponibilidade de atendimento médico-hospitalar à população rural, a Região Sudeste é a que demonstra melhor desempenho em todas as modalidades de atendimento;
- em termos de atendimento hospitalar por habitante rural, a Região Nordeste apresenta menor disponibilidade de serviços, enquanto que a nível ambulatorial (consultas médicas e odontológicas) se destaca a Região Centro-Oeste;
- ainda com referência à população rural, nota-se no caso das consultas odontológicas uma diminuição na disponibilidade de serviços por habitante a partir de 1976, nas Regiões Nordeste e Sul.

As conclusões derivadas da análise desses indicadores e do seu comportamento geral devem, entretanto, ser tomadas com extremo cuidado, uma vez que os únicos fatos inequívocos a apreciar são, como já destacado, a disparidade no atendimento às populações urbana e rural, o crescimento extremamente dinâmico das prestações e os desequilíbrios inter-regionais existentes.

Isso devido ao fato de que ao não existir uma rede integrada de atendimento, devidamente hierarquizada, bem distribuída em termos regionais e convenientemente equipada, como parece ser o caso, toda e qualquer afirmação conclusiva em termos da maior efetividade da cobertura do atendimento que esses índices podem indicar é temerária, fugindo inclusive à nossa própria competência técnica.

O máximo que achamos correto afirmar é que, a despeito dos fatores apontados, se constata ao longo da década uma "medicalização" intensa da população brasileira.

3.4.3 - A Natureza da Expansão dos Serviços de Assistência Médica

A natureza da notável ampliação dos serviços prestados através da atenção médica previdenciária é o problema a ser examinado agora. Não se trata, é óbvio, de tecer aqui considerações sobre a natureza técnica desses serviços, assunto de competência

dos especialistas da área de saúde. De nosso ponto de vista, interessa discutir a natureza dos serviços no que diz respeito à participação dos diferentes agentes produtores no volume de prestações da assistência médica-previdenciária, pois é a partir dessas informações que completaremos o quadro analítico que nos levou a definir a política estatal em saúde na década dos 70 como aquela possuidora de uma ênfase médico-assistencial privatista.

A evolução do total de internações (atendimento hospitalar), por clínica e por tipo de entidade prestadora de serviços (Tabela 64 - Anexo), mostra de forma inequívoca o predomínio do setor privado contratado na produção dos serviços. Durante a década dos 70, os serviços contratados foram responsáveis, em média, por 75% das internações prestadas através da assistência médica previdenciária à sua clientela. No início dos anos 70, essa predominância era praticamente absoluta (95,4%), dada a inexistência do atendimento à clientela rural (por convênios pagos através de subsídio mensal fixo), e de atendimento à clientela urbana (por convênios de pré-pagamento). A partir da entrada em funcionamento dos programas de assistência médica ao trabalhador rural e dos convênios no atendimento à clientela urbana, a participação do setor contratado cai para o patamar dos 70% a 75% no volume total de internações realizadas.

Os serviços próprios do INAMPS, que em 1971 eram responsáveis por 4,6% das internações realizadas, a partir daí, com a entrada em funcionamento dos outros agentes prestadores de serviços, tem sua participação reduzida para 2% até 1980.

Em relação às prestações (internações) destinadas à clientela urbana, cabe notar que até 1975 a divisão entre o número de internações realizadas pelos serviços próprios e serviços contratados era de aproximadamente 4% para os primeiros e 96% para a rede privada contratada. De 1975 em diante, com o funcionamento do setor conveniado, decresce tanto a participação dos serviços próprios como dos contratados. Em 1975, primeiro ano para o qual se dispõe de informações sobre as prestações a nível hospitalar pelos serviços conveniados, os serviços próprios do então INPS

eram responsáveis por 3,4% do total de internações, enquanto os serviços contratados e conveniados realizavam 91,4% e 5,1%, respectivamente, desse total. Em 1978, a divisão era: serviços próprios (3,2%), contratados (89,7%) e conveniados (6,9%). Finalmente, em 1980, os serviços próprios produziram 2,3% das internações realizadas, enquanto os serviços contratados e os conveniados prestaram 88,1% e 9,6%, respectivamente, do total de internações destinadas nesse ano à clientela urbana.

Esse comportamento faz com que, se tomarmos as taxas médias anuais de crescimento entre 1975 e 1980, os serviços conveniados a nível da clientela urbana apareçam como o segmento com maior dinamismo expansivo (27% a.a. em média), enquanto os serviços próprios apresentam 3,5% de média e os serviços contratados 11,3% no mesmo período.

A análise da evolução da assistência ambulatorial (Tabela 66 - Anexo), no período 1971/80, mostra, de outro lado, que:

- os serviços próprios do INAMPS, responsáveis no início da década por uma parcela predominante do atendimento ambulatorial, diminuem sua participação na produção desses serviços, espaço que vai sendo ocupado tanto pelo setor contratado, como, pós-75, pelo setor conveniado, embora a rede própria ainda detenha a maior participação na produção de consultas médicas;
- os serviços contratados vão gradualmente expandindo sua participação no atendimento ambulatorial prestado. Se no início da década já produziam a maior parte dos exames radiográficos e de laboratórios, paulatinamente aumentam sua participação a nível das consultas médicas, odontológicas e outros serviços complementares;
- os serviços conveniados têm uma participação nas consultas médicas oferecidas semelhante ao setor contratado, destacando-se, além disso, na prestação de consultas e serviços odontológicos;
- no caso dos serviços conveniados à clientela rural, nota-se a

sua baixa participação no total de consultas médicas e exames radiográficos e de laboratório ofertados, na ausência da oferta de serviços complementares e odontológicos (à exceção do ano de 1980),⁽⁵²⁾ e a sua participação majoritária na produção de consultas odontológicas até 1976. A partir desse ano, com o crescimento da oferta desse tipo de prestação pelos serviços contratados e conveniados destinados à clientela urbana, a participação dos serviços conveniados para a clientela rural no total das consultas decresce significativamente.

O comportamento observado dos agentes prestadores de serviços a nível da assistência médica previdenciária demonstra, como esperado, o predomínio da rede privada quer a nível hospitalar, quer a nível dos serviços complementares de diagnóstico e terapêutica. Em termos de atendimento ambulatorial (consultas médicas e odontológicas), sua participação cresce no pós-1975 apesar de não possuir o predomínio na produção, uma vez que divide as consultas de forma mais ou menos equivalente aos serviços próprios e conveniados.

Dessa forma, percebe-se que a ênfase médico-assistencial privatista da política estatal em Atenção à Saúde parece ter possibilitado um mecanismo relativamente "sofisticado" de capitalização da assistência médica brasileira.

Se no início da década dos 70 a ênfase do atendimento da rede privada contratada recaía no atendimento hospitalar, que apresentaria taxas de lucratividade maiores, visto ser seu preço mais elevado em relação às tabelas de honorários pagas pela Previdência Social, ao longo da década parece ter ocorrido a criação de um mecanismo articulador das bases técnicas principais (nesse caso os hospitais), com uma rede de serviços complementares (dentro e fora das unidades hospitalares) e com todo o complexo tecnológico do processo de diagnóstico e terapêutica. Tal fato indica a ocorrência de transformações a nível do próprio atendimento ambulatorial e de serviços complementares que se transformam também num segmento dinâmico da acumulação capitalista no setor de Atenção à Saúde, apresentando inclusive um dinamismo expansivo supe

rior ao atendimento hospitalar (internações) "senso estrito", como já apontado anteriormente.

Assim, confirma-se a constatação já feita por Braga e Gões de Paula (1981): "tendo o período dos anos 60 e começo dos anos 70 assistido à criação da base técnica (os hospitais), a assistência ambulatorial pode ser amplamente incorporada, em novos termos, à dinâmica capitalista da prestação de serviços. Já não se trata da prática ambulatorial anterior ao "boom" da assistencia médica do fim dos anos 50 e começo dos anos 60. É uma prática ambulatorial ligada técnica e economicamente ao hospital, à rede laboratorial, radiológica etc.". (53)

Os parâmetros de concentração de atividades (Tabelas 67 a 77 - Anexo) também confirmam essa característica da assistência médica no Brasil. Ocorre uma concentração extremamente superior àquela preconizada a níveis mundiais para as relações entre internações e os serviços complementares de diagnóstico e terapêutica e o atendimento ambulatorial (consultas médicas).

Esse movimento de capitalização privada do setor saúde tem significado objetivamente o lento crescimento dos serviços prestados a nível das unidades próprias do INAMPS, tanto a nível hospitalar como a nível ambulatorial e dos serviços complementares. Poder-se-ia argumentar que o segmento conveniado, onde existem unidades públicas e privadas, seria uma forma de minimização dessa tendência. Nesse caso, cabe lembrar que "até 1976 eram praticamente inexistentes os convênios com as Secretarias de Saúde e apenas dois estavam em execução com hospitais universitários". (54) Apesar de esse tipo de modalidade assistencial haver se expandido a partir de então, (55) constata-se que na programação da assistencia médica do INAMPS para 1981 (Tabela 78 - Anexo), no que diz respeito aos convênios urbanos, os órgãos governamentais eram responsáveis por 9% das consultas médicas programadas, 6,4% das consultas odontológicas, 8,8% dos serviços complementares e 2,2% das internações. Aos hospitais universitários, de outro lado, caberia 1,7% das consultas médicas, 0,8% das consultas odontológicas, 1,2% dos serviços complementares e 1,7% das internações. O setor privado contratado mantém, dessa forma, sua predominância, sendo respon

sável nessa programação pela realização de 29,4% do total de consultas médicas, 38,4% das odontológicas, 51,5% dos serviços complementares e 87,6% das internações. Os outros convênios, onde são majoritários aqueles realizados através da medicina de grupo, seriam responsáveis pela produção de 18,8% das consultas médicas programadas, 30,1% das consultas odontológicas, 12,2% dos serviços complementares e 5,6% das internações. Finalmente, às unidades próprias do INAMPS caberia produzir 40% das consultas médicas em 1981, 24,3% das consultas odontológicas, 26,2% dos serviços complementares e 2,8% do total de internações programadas.

Em síntese, não se altera muito o perfil da distribuição da produção dos serviços observado durante a segunda metade da década dos 70, permanecendo em vigor a ênfase médico-assistencial privatista da política estatal em Atenção à Saúde, a despeito da maior utilização da rede pública não-previdenciária, alternativa escolhida inclusive para fazer face às dificuldades financeiras por que começa a passar a Previdência Social no final da década dos 70, como já destacado em item específico deste trabalho.

3.5 - POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE E CONDIÇÕES DE SAÚDE: CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises existentes sobre as condições de saúde da população brasileira ao longo da década dos 70 indicam que, a despeito da inegável expansão do conjunto de políticas governamentais de corte social e do notável vigor do crescimento econômico brasileiro, essas condições ainda são consideradas bastante insatisfatórias.

Normalmente, apontam-se como evidências básicas dessa situação três aspectos fundamentais:

- disparidade entre o quadro sanitário brasileiro e o estágio de desenvolvimento econômico alcançado pelo País;
- as profundas desigualdades regionais e entre os diferentes segmentos populacionais no referente ao risco de adoecer ou morrer;
- a existência de uma grande quantidade de doenças evitáveis por imunizante e por cuidados em saúde que requerem tecnologia e recursos simplificados, como causadoras de óbitos, o que revelaria que, a despeito do aumento significativo de políticas e recursos materiais, humanos e financeiros para ações de corte social, não estariam sendo corretamente atendidos os problemas de saúde mais simples e imediatos e que corresponderiam à parcela preponderante da demanda da população em atenção à saúde.

As causas dessas evidências já foram abordadas direta ou indiretamente nas partes anteriores desse trabalho, quando tentamos demonstrar:

- a inexistência de uma adequação/articulação entre a política econômica do governo e as políticas estatais de corte social que resultasse em ganhos efetivos para a qualidade de vida de grande parte da população;
- as características gerais da complexidade tecnológica e organi

zacional da política estatal em Atenção à Saúde que beneficiam mais os seus produtores que seus usuários;

- e finalmente o grau de centralidade muito específico que algumas políticas sociais assumem em detrimento de outras, fazendo com que as ações de governo nesse campo consigam, ainda que de forma temporária, constituir-se como elemento auxiliar de ampliação das bases políticas e sociais do governo, sem que necessariamente essas mesmas políticas se revertam em ganhos materiais objetivos para as classes trabalhadoras, notadamente as de mais baixa renda.

Falta, entretanto, compilar algumas informações que nos permitam aferir a atual situação de saúde da população brasileira, verificando em que medida os aspectos acima enumerados contribuem para a sua piora relativa ao longo da década.

O exame da evolução da taxa de mortalidade infantil brasileira, realizado por Yunes e Ronchezel (1974), considerado tanto como indicador de saúde como um indicador sócio-econômico dos mais significativos, entre 1941 e 1970, apontava uma redução da mortalidade infantil. Destaca-se, entretanto, que, ao analisar-se a tendência desse indicador por décadas, observava-se entre 1960 e 1970 um aumento percentual dessa taxa de 3,3%.

Ao avaliar, em trabalho posterior, a evolução da mortalidade infantil para o Brasil entre 1968 e 1977 (último ano para o qual se dispunha de informações até 1982), Yunes (1981)⁽⁵⁶⁾ mostra que em 1968 o coeficiente encontrado entre o número de óbitos de crianças menores de um ano e o número de nascidos vivos foi 87,4/1 000 nascidos vivos e que para os demais anos, exceto 1977, o seu valor foi sempre maior que 90,0, com pico de crescimento no período ocorrendo em 1973, onde o coeficiente foi de 103,5 (Tabela 79 - Anexo). No mesmo trabalho, Yunes, ao comparar a evolução da mortalidade infantil por regiões, destaca essa mesma tendência de aumento nas Regiões Nordeste, Sudeste e Norte e um decréscimo nas Regiões Sul e Centro-Oeste, à exceção de 1977 nessa última Região. Em todos os anos observados, Yunes destaca

também que a Região Nordeste apresentou os maiores coeficientes encontrados.

Ao analisar as principais causas de óbitos em menores de um ano registrados nos municípios das capitais, durante o mesmo período, observa o autor que as "Enterites, Pneumonia e Outras Causas Perinatais contribuíram, em ordem decrescente, como as três primeiras causas para a maioria dos anos analisados... As demais causas de óbito em menores de um ano são mal definidas, leções ao nascer e parto distócico; deficiências nutricionais, e de mais doenças infecciosas e parasitárias". (57)

Examinando, ademais, as principais causas de óbito por doenças transmissíveis, Yunes nota que, segundo ordem de frequência, se destacam, na maioria dos anos observados, o sarampo, o tétano, a tuberculose, a coqueluche, a malária, a pólio, a doença meningocócica, a difteria, a febre tifóide e a meningite sem especificação. Isso faz com que esse autor, utilizando a classificação de Taucher⁽⁵⁸⁾ (divisão entre as causas de morte em evitáveis e não-evitáveis), conclua que "a maioria das causas de óbito ocorridas em crianças menores de um ano inclui-se no primeiro grupo. Portanto, esses óbitos seriam em grande parte evitáveis por vacina ou tratamento preventivo; diagnóstico e tratamento médico precoce, e medidas de saneamento ambiental". (59)

Na tentativa de melhorar a qualidade de sua análise, Yunes (1981), além disso, examina o comportamento do coeficiente de mortalidade infantil proporcional, um indicador mais ajustado ao sistema de informações de estatísticas vitais existentes no Brasil.⁽⁶⁰⁾ A partir dessa análise, verifica que em 1968, para cada 100 óbitos ocorridos, 25 eram de crianças menores de um ano. Nos demais anos, constata-se que o valor encontrado foi sempre superior ao de 1968, com pico de crescimento em 1975 (31,4%) (Tabela 79 - Anexo), ocorrendo uma tendência de aumento, o que significa uma piora do nível de saúde da população.

As taxas de mortalidade infantil proporcional por regiões do Brasil encontradas mostram, de outro lado, uma tendência de aumento para as Regiões Norte, Nordeste e Sudeste, valores flu

tuantes embora em níveis elevados para a Região Centro-Oeste, e uma tendência de declínio para a Região Sul entre 1971 e 1977. A região com maiores taxas de mortalidade infantil proporcional foi a do Nordeste, dado que para todos os anos examinados para Yunes, os valores encontrados foram superiores ao de 1968, exceto para o ano de 1977.

Outro indicador utilizado na avaliação da situação de saúde, embora menos preciso que os anteriores, é o da mortalidade geral (número de óbitos por 1 000 habitantes). Na Tabela 79 - Anexo, se observarmos o comportamento desse indicador entre 1968 e 1978, verifica-se sua tendência a aumentar, nesse período, com picos em 1973 (10,2) e em 1978 (10,8). Em diagnóstico indicativo da situação atual de saúde no Brasil, apresentado no termo de referência para o estabelecimento de um Programa de Investigação em Serviços de Saúde realizado pelo Acordo-MEC/MS/MPAS/OPAS em 1982, apontava-se, nesse sentido, que:

"A mortalidade geral na Argentina, Chile e Venezuela, ajustada à composição etária é 40% inferior aos 90% que se verificam em nosso país. A mortalidade infantil de 90% (do Brasil) é bem superior aos 40% da Argentina e Costa Rica. Segundo estes dados comparativos pode-se estimar a mortalidade evitável de crianças em pelo menos 300 mil mortes anuais e a perda de 10 anos de esperança de vida ao nascer."(61)

De outro lado, se observarmos a esperança de vida ao nascer, por sexo, no Brasil (Tabela 80 - Anexo), pode-se verificar uma melhora gradual dada pelo aumento da expectativa de vida média, fazendo com que os resultados acumulados na última década evidenciem aparentemente um significativo ganho em termos de anos de vida. Mas se examinarmos a esperança de vida por nível de renda em 1976 (Tabela 81 - Anexo), e por regiões em 1970 (Tabela 82 - Anexo), verifica-se:

- a população com nível de renda até um salário mínimo apresenta uma diferença de 15 anos na expectativa de vida em relação à população com nível de renda de mais de cinco salários; a população com renda até dois salários mínimos, por sua vez, apresenta 10 anos de diferença na expectativa de vida em relação àque

les segmentos com mais de cinco salários mínimos de rendimento;

- existem fortes diferenças regionais e que demonstram, além disso, que a expectativa de vida no Nordeste Central, em 1970, por exemplo, era compatível com um padrão de mortalidade do século passado nos países europeus; essas diferentes regionais fazem com que haja uma diferença de 22 anos na expectativa de vida da população nordestina em relação àquela encontrada para a Região Sul, demonstrando uma desigualdade marcante de acesso aos benefícios quer do desenvolvimento econômico, quer das próprias políticas de governo de corte social.

Ainda no que diz respeito à esperança de vida ao nascer do brasileiro, Berquó (1982) sintetiza a situação com clareza:

"Em termos de esperança de vida ao nascer, o Brasil ganhou de 1950 a 1976, aproximadamente 16 anos, isto é, um brasileiro nas-cido em 1976, estava exposto, em média a atingir os 61 anos de idade. Nascer no Brasil condiciona o cidadão a uma esperança de vida de 15 anos a menos do que nascer no Japão, a 14 anos menos do que na Suécia e nove anos menos do que nascer em Cuba. 61 anos representa uma média brasileira, e quando se passa a considerar o Brasil dividido em regiões, verifica-se uma grande variabilidade, ou seja, a vida média no Nordeste era em 1976, de 53 anos contra 68,5 no Rio de Janeiro, isto é, 15,5 anos de diferença. Entre 1950 e 1976, São Paulo passou de 49,2 anos para 67,1 anos, ou seja, um ganho de 17,9 anos, enquanto que o Nordeste que tinha uma esperança de vida ao nascer da ordem de 38,5 anos ganhou apenas 14,1 anos. Isto mostra que, em termos deste indicador, aumentou a discrepância entre São Paulo e Nordeste; 10,7 anos de diferença entre as esperanças de vida, em 1950, passou a 14,5 anos, em 1976.

Além deste diferencial regional que traduz diferentes condições de vida a que estão expostas as populações brasileiras, o número médio de anos de vida, previstos ao nascer, foi sistematicamente maior para os segmentos populacionais de baixa renda, vivendo nas áreas rurais do que nas urbanas; aumentando para famílias urbanas detentoras de rendas mais elevadas." (62)

Finalmente, se observarmos o número de casos ocorridos de algumas doenças no Brasil em 1979, verificam-se taxas de morbidade bastante elevadas (Tabela 83 - Anexo) por doenças que deveriam, dada a complexidade alcançada pelas políticas sociais do governo e pelo desenvolvimento econômico brasileiro, estar completamente sob controle.

Obviamente, não se pretende, a partir dessas considerações sobre o quadro de saúde da população, atribuir à política estatal em Atenção à Saúde (qualquer que fosse o seu perfil) a responsabilidade por tal situação. É notório que muitos fatores externos ao setor de Atenção à Saúde têm influência mais significativa no comportamento do quadro de saúde a que está submetida a população brasileira que as medidas em Atenção à Saúde (médico-sanitárias e hospitalares) propriamente ditas.

Nesse sentido, cabe sintetizar aqui informações sobre o perfil da distribuição da renda e sobre as condições de vida da população na década dos 70. Serra (1982) aponta em relação a esses aspectos que:

"No desenvolvimento brasileiro no pós-guerra, tão marcante como o dinamismo da economia, tem sido a desigualdade na repartição social dos frutos do progresso econômico... (o que) sugere que o maior dinamismo relativo do capitalismo brasileiro quando em confronto com o de outras nações tem sua contrapartida noutra e nada envaidecedora primazia: a concentração da distribuição da renda no Brasil é mais acentuada do que na grande maioria dos países para os quais existem dados comparáveis." (63)

A distribuição da renda no Brasil e a variação da Renda Média entre 1960 e 1980 podem ser observadas na Tabela 84 - Anexo, enquanto a participação dos 20% mais pobres e dos 10% mais ricos na Renda Familiar em países selecionados pode ser vista na Tabela 85 - Anexo. Serra (1982) sugere existirem evidências de que a distribuição da renda seria ainda mais regressiva que a observada na Tabela 84 acima citada. Seu argumento é o que segue abaixo:

"- a renda considerada é a renda pessoal;

- sua distribuição é calculada a partir de dados do Censo Demográfico que, em 1970, revelou que a renda pessoal total era de Cr\$ 99,4 bilhões;
- a renda pessoal sugerida pelas contas nacionais atingiu um montante bem maior; só o consumo pessoal correspondia, no mesmo ano, a Cr\$ 139 bilhões;
- o hiato de renda pessoal distribuiu-se de forma mais regressiva que a própria renda pessoal do Censo Demográfico." (64)

Esse perfil extremamente desigual de repartição de renda no Brasil está, segundo Serra (1982), ligado intimamente a fatores inter-relacionados a nível da estrutura econômico-social brasileira; entre os quais destacam-se heterogeneidade do sistema produtivo, concentração da propriedade de terra, fraqueza dos sindicatos e das organizações populares em geral, dada a forma de regime político vigente no Brasil nas duas últimas décadas.

Desse modo, se é verdade que o padrão de industrialização vigente no Brasil centrou-se na "diversificação e aprofundamento das atividades produtoras de bens de consumo duráveis, em uma intensidade que só encontra paralelo em países com renda por habitante bem mais elevada ... (e se esse padrão)... partiu de uma estrutura de demanda pré-existente, configurada por um determinado perfil, já regressivo de distribuição de renda... (também é certo que a desigualdade reforçou-se)... na medida em que o setor de bens de consumo durável teve grande capacidade de condicionar as curvas de demanda e mobilizar o potencial de poupança da economia a fim de garantir a expansão e o financiamento de suas vendas. Além disso, passou a motivar parcela substancial do investimento público para apoiar o consumo dos seus produtos (caso do automóvel), desviando-o de um tipo de alocação que, direta ou indiretamente, poderia ter efeitos redistributivos". (65)

Dada a forma e os mecanismos de representação política

vigentes desde 1967, aspecto já destacado neste trabalho, não só é garantido o padrão de industrialização acima citado como, ao inibir-se a atividade de organização sindical representativa das classes trabalhadoras, ao se estabelecerem normas salariais rígidas e restritivas (até 1974 pelo menos), ao facilitar-se a rotatividade de emprego, ao se coíbiem as ações dos partidos de oposição, força-se ainda mais o aumento da desigualdade social prevalente. Isso ocorre tanto de forma direta como por meio do alheamento do gasto público em relação às demandas sociais amplas que ficam à margem das prioridades, como demonstrado para a política estatal em Atenção à Saúde.

Cabe notar, como o faz Serra (1982), que a distribuição de renda não é o indicador mais seguro sobre as condições de vida dos segmentos mais pobres da população, dado que expressa distâncias sociais relativas e não rendimentos absolutos dos diferentes setores. No trabalho citado, esse autor estende sua análise para os rendimentos, salários, evolução do emprego, dados de consumo e saneamento.

A partir dessas informações e considerando a crise econômica que o País começa a experimentar desde meados dos anos 70 e agudizada no final da década, conclui esse autor que:

"Diferencialmente do que acontece nos países capitalistas desenvolvidos, a recessão ou estagnação econômica tende, em países como o nosso, a comprometer de forma direta as condições básicas de vida da grande massa da população cujas famílias dependem dos rendimentos da mão-de-obra não-qualificada e dos investimentos públicos na área social. Isto não ocorre nos países do Hemisfério Norte, onde as necessidades básicas da população foram há muito atendidas e a renda familiar é consideravelmente mais elevada, além de a força de trabalho dispor de mecanismos de proteção como o seguro desemprego. Nesse sentido, a perspectiva daquela grande massa de brasileiros, no que se refere às suas condições básicas de vida, não são necessariamente otimistas para os próximos anos. A reversão dessa expectativa dependeria de mudanças fundamentais na política econômica, inscritas

em marcos político-institucionais, distintos dos atuais e que não só minimizassem os custos sociais da atual crise econômica como oferecessem a alternativa de um estilo de desenvolvimento a médio e longo prazo, que combinasse o dinamismo de expansão econômica com o atendimento das necessidades básicas da população e a atenuação das desigualdades sociais."(66)

A partir das considerações retiradas de alguns dos trabalhos mais expressivos e que tratam de forma direta das condições de vida (e portanto de saúde) da população brasileira; constata-se que parcela da responsabilidade por tal piora relativa se deriva de fatores externos ao setor de Atenção à Saúde, evidência sempre presente em nossas análises. No entanto, cabe lembrar que o perfil assumido pela política estatal em Atenção à Saúde, concretamente, tem potencializado ainda mais os fatores causadores do quadro de condições de vida a que a população está submetida, como tentamos demonstrar até aqui, fazendo com que mesmo problemas possíveis de serem resolvidos em seu âmbito estrito de atuação permaneçam existindo.

NOTAS

- (1) Para maiores detalhes vide Domangelo (1975), Nogueira (1976) e Braga e Gões de Paula (1981), entre outros.
- (2) Cf. Braga e Gões de Paula (1981), págs. 141 a 162.
- (3) Cf. Barat (1973), pág. 38.
- (4) Cf. Braga e Gões de Paula (1981), pág. 91.
- (5) Cf. Yunes e Ronchenzel (1974), Leser (1975) e Yunes (1981).
- (6) Cf. Braga e Gões de Paula (1981), pág. 93. A expressão mais clara desse fenômeno diz respeito ao decréscimo da participação da União, Estados e Municípios (Gasto Direto) no total do Gasto Público em Atenção à Saúde, e à ascensão da participação percentual do INPS (Gasto Indireto). Se em 1967, por exemplo, o Gasto Direto respondia por 56% do total e o Gasto Indireto por 44%, em 1977 invertia-se a situação. Nesse ano, o Gasto Direto perfazia 43% e o Indireto 57% do total do gasto estatal no setor.
- (7) Os dados relativos à participação do MS no orçamento da União para o período anterior a 1970 podem ser consultados em Gões de Paula e Braga (1978), pág. 124.
- (8) A participação do gasto direto aparece aqui subestimada, uma vez que, a nível municipal, só foi possível obter informações referentes aos Municípios das Capitais. Para o período 1970/75, onde existe disponibilidade de informações para o conjunto dos municípios brasileiros, o Gasto Direto contribui em média com 43% do Gasto Estatal Total em Atenção à Saúde. Além disso, a elevação da participação percentual do SINPAS em relação ao total do dispêndio estatal em saúde, deve-se a um crescimento das despesas em assistência médica previdenciária elevada entre 1974 e 1976 (período de implantação do PPA), enquanto o dispêndio a nível do Gasto Direto apesar de elevar-se em todos os níveis o faz a taxas anuais de crescimento menores.
- (9) Se tomarmos a participação do Dispendio Global em Saúde no PNB no Brasil, teremos para 1970 o equivalente a 2,16%, para 1975 a participação de 2,52% e para 1979 o equivalente a 2,47%. No mesmo período, nos Estados Unidos, a participação percentual do setor saúde no PNB americano era da ordem de 7,2%, 8,6% e 9,1%. Na Suécia e na Inglaterra, as participações do Gasto em Saúde no Produto Nacional Bruto desses países nos mesmos anos era da ordem de 7,3%, 8,8% e 10%, no caso sueco, e de 5%, 5,5% e 5,9% no caso inglês. Para maiores detalhes sobre o gasto em saúde nesses países vide, entre outros, Heidenheimer e Elvander (1980).
- (10) As informações sobre a execução financeira do PIASS foram retiradas de Lopes (1981), págs. 14 a 25.
- (11) Para detalhes sobre as dificuldades na implantação do PIASS vide Santos (1977) e Pellegrini e outros (1979).
- (12) Em relação às ações de Saneamento, o comportamento do PIASS a nível econômico-financeiro é bem mais problemático. A quantia de recursos destinada a esse segmento no período 1976/79 é insignificante, em face das estimati

vas iniciais de transferências de recursos previstas pelo FAS (Tabela 6 e Tabela 8 - Anexo).

Só em 1980, a partir da contratação de um empréstimo entre o MS e a Caixa Econômica Federal para a obtenção de recursos do FAS, programa-se uma quantia razoável de recursos para o desenvolvimento de ações de saneamento básico (Tabela 8 - Anexo).

- (13) As informações sobre o desempenho econômico-financeiro do PIASS em 1980, notadamente do segmento saúde, não foram conseguidas até o término dos trabalhos de coleta de dados da pesquisa. Lopes (1981) aponta em seu trabalho a possível desaceleração do programa, dado o esfriamento do MS em relação ao PIASS, devido ao comprometimento desse Ministério em viabilizar as articulações para a aprovação do PREV-SAÚDE.
- (14) Cf. Braga e Góes de Paula (1981), pág. 204. Os dados citados foram retirados de documento interno de avaliação do Programa realizado pelo IPEA/IPLAN.
- (15) Cf. Ferreira (1981), págs. 90/1.
- (16) Em 1980, o Conselho de Desenvolvimento Social aprovou uma Exposição de Motivos estendendo para esse ano o II PRONAN.
- (17) Cf. Braga e Góes de Paula (1981), pág. 120.
- (18) Essa participação percentual foi obtida observando-se o item Assistência Médica Geral dentre as Despesas Correntes do INPS e do INAMPS, conforme demonstrações constantes dos Balanços Anuais dessas organizações.
- (19) Apesar do conjunto de modificações por que vem passando o sistema tributário nacional desde 1974 e especialmente a partir de 1979, ainda não ocorreu uma alteração substantiva no sistema tributário montado entre 1964 e 1967. Para maiores detalhes, vide Serra (1979) e FUNDAP (1982), entre outros.
- (20) Para maior facilidade de análise, utilizou-se uma tabela elaborada pela Secretaria de Planejamento do IAPAS, que reúne as receitas de todas as organizações que passam a fazer parte do SINPAS em 1978, desde 1970, ou seja, como se o SINPAS existisse desde esse momento. Cabe o destaque que a organização que congrega o maior volume de recursos é o INPS, posteriormente desdobrada em três entidades (o próprio INPS, o INAMPS e o IAPAS) como já descrito no capítulo anterior.
- (21) Cf. Braga e Góes de Paula (1981), pág. 107. Como lembram esses autores, tal repasse é possível dado o controle oligopólico da produção e dos mercados na economia brasileira.
- (22) Apesar disso, as empresas continuam devedoras da Previdência Social. Em 1980, o montante da dívida das empresas, órgãos públicos e entidades esportivas para com o IAPAS aparece na Tabela 26 - Anexo.
- (23) Para maiores detalhes em relação a esse aspecto, vide Oliveira e Silva (1981).
- (24) Cf. Oliveira e Silva (1981), pág. 74.

- (25) Cf. Braga e Gões de Paula (1981), pág. 108.
- (26) Cf. FAS. Relatório de Atividades de 1980. O Programa CSU é criado pelo Decreto nº 75.922 de 01/07/75 e o Programa de Crédito Educativo pela Exposição de Motivos nº 393, do MEC, aprovada em 23/08/75 pela Presidência da República.
- (27) As informações constantes desse item foram retiradas de Braga e Gões de Paula (1981), págs. 126 e 127, e dos relatórios de atividades do FAS entre 1975 e 1980.
- (28) Inicialmente, a legislação normatizadora da atuação do FAS previa que em seu primeiro ano de funcionamento 90% dos recursos da Conta de Aplicações a Fundo Perdido constituir-se-iam em repasses e 10% em transferências. Tal proporção deveria gradualmente ser modificada até que no final da década dos 70 houvesse um equilíbrio entre repasses e transferências. Tal previsão se altera em 1977 a partir de pressões do MPAS, sendo que a desvinculação progressiva de recursos é suspensa, estabelecendo-se que 70% dos recursos seriam repasses e 30% transferências. Tal evento parece ter afetado principalmente o desempenho econômico e financeiro do II PRONAN, visto que a totalidade das transferências previstas entre 1976 e 1978 estavam ligadas ao desenvolvimento de subprogramas de cada Ministério vinculados a esse programa Cf. Braga e Gões de Paula (1981), pág. 126.
- (29) Cf. Braga e Gões de Paula (1981), pág. 127.
- (30) Cf. FAS - Relatório de Atividades 1975-1979, pág. 8.
- (31) Cf. Relatório de Atividades do FAS (1980), págs. 26 e 30.
- (32) Cf. Relatório de Atividades do FAS (1980), pág. 16.
- (33) Cf. Braga e Gões de Paula (1981), pág. 128.
- (34) As informações correspondem a uma análise de amostra de propostas recebidas e contratadas pelo FAS, realizada por um Grupo de Trabalho encarregado da elaboração do Plano de Localização das Unidades Sanitárias (PLUS) do INAMPS. Cf. Braga e Gões de Paula (1981), pág. 130.
- (35) e (36) Cf. Braga e Gões de Paula (1981), pág. 130.
- (37) Cf. CEF/FAS - Relatório de Atividades de 1975 a 1979, pág. 9.
- (38) Infelizmente, até o término da coleta de dados, a CEF não havia liberado o relatório de atividades de 1980. Mas mesmo quando de posse desse documento, conseguido diretamente no MS, verificou-se que o mesmo não continha o nível de detalhe dos relatórios anteriores, sendo portanto impossível analisar-se o desempenho do FAS em 1980 da mesma forma que os anos anteriores.
- (39) Cf. CEF/FAS - Relatório de Atividades de 1980, pág. 223.
- (40) Se compararmos o número de leitos existentes em 1978, segundo informações do IBGE, e os leitos existentes em 1980 no Brasil, segundo informações do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, observa-se que a Região Norte detinha 14 307 leitos em 1978 e 14 814 leitos em 1980; a Região Nordeste, 79 066 leitos em 1978 e 86 978 leitos em 1980; a Região Sudeste, 263 080 leitos em 1978 e 203 932 leitos em 1980; a Região

Sul, 91 297 leitos em 1978 e 86 675 leitos em 1980; a Região Centro-Oeste, 26 632 leitos em 1978 e 29 829 leitos em 1980; e finalmente o Brasil como um todo 475 382 leitos em 1978 e 422 229 leitos em 1980. Se essas informações fossem corretas (ou seja, estivessem considerando os leitos realmente existentes), teria ocorrido uma expansão de leitos nas Regiões Norte (3,5%) Nordeste (10%), e Centro-Oeste (12%) e uma diminuição nas Regiões Sudeste (22,5%) e Sul (6%) entre 1978 e 1980. O decréscimo pode ser explicado pelo fato de que o levantamento do MS foi, por razões que aqui não cabe tratar, menos abrangente que o do IBGE.

De qualquer forma, os dados disponíveis apresentam uma evolução dos coeficientes de leitos por 1 000 habitantes ao longo da década dos 70 como se segue abaixo:

REGIOES	1971	1978	1980
Norte	2,73	2,70	2,52
Nordeste	1,91	2,37	2,49
Sudeste	5,50	5,37	3,94
Sul	3,81	5,00	4,55
Centro-Oeste	2,62	3,84	3,95
Brasil	3,85	4,21	3,55

As informações sobre leitos e população foram retiradas para 1971 de Cherubin (1976), para 1978 do IBGE (1982) e para 1980 do Ministério da Saúde (1981) e IBGE (1982).

Estaria ocorrendo, desse modo, a despeito da expansão dos leitos hospitalares, uma diminuição do coeficiente leito por habitantes nas Regiões Sudeste e Norte, dada a maior velocidade de crescimento populacional. Consequentemente, devido à grande concentração de leitos na Região Sudeste, a queda do coeficiente para essa Região leva a que o coeficiente para o Brasil como um todo diminua.

(41) Cf. Jatene e colaboradores (1981), pág. 62.

(42) Cf. Acordo MEC/MS/MPAS/OPAS (1982), pág. 82.

(43) Cf. Sayeg (1977), pág. 126.

(44) Cf. Governo Federal (1979).

(45) Cf. Governo Federal (1979), págs. 7 e 8.

(46) Cf. DNOSS/MS (1980).

(47) Nas Tabelas 42 e 43 no Anexo, pode-se verificar que a evolução dos serviços próprios do INAMPS tem sido muito pouco significativa. Nota-se o predomínio do setor privado contratado a nível de recursos humanos e instalações, dentre os recursos disponíveis para a prestação da assistência médica previdenciária, que é responsável majoritariamente pelos serviços prestados através do setor de Atenção à Saúde como um todo.

- (48) Cf. CIPLAN/MPAS-MS (1980), pág. 24.
- (49) Mesmo os programas inovadores a nível médico-sanitário, como o PIASS e o PRONAN, têm obtido resultados menos satisfatórios que o esperado, não conseguindo contrabalançar a predominância médico-hospitalar da política estatal em Saúde. Além disso, os programas tradicionais, como o de combate às grandes endemias, apesar de apresentarem um desempenho evolutivo a nível dos serviços prestados, têm um grau de abrangência aquém do esperado. Tudo isso, adicionado à ausência de uma rede integrada e articulada de serviços, torna a transformação do perfil vigente da política estatal em Saúde, do ponto de vista técnico-operacional, de difícil realização e só factível a médio prazo, mesmo se forem superados os obstáculos político-econômicos já tratados em itens específicos deste trabalho. Para informações detalhadas sobre o desempenho do PIASS, PRONAN e dos Programas de Combate às Grandes Endemias, a nível de equipamentos, recursos humanos e serviços prestados, consulte respectivamente Lopes (1981), Ferreira (1981) e Piola (1981).
- (50) Cf. Governo Federal (1979), pág. 26.
- (51) Para informações sobre a evolução dos segurados ativos e inativos da Previdência Social antes da década dos 70, veja Braga e Góes de Paula (1981), pág. 79.
- (52) Não existem informações compiladas nos anuários estatísticos do FUNRURAL e do INAMPS a respeito dos dados de produção desses serviços. Infere-se, dessa forma, a sua ausência no escopo de serviços prestados à clientela rural.
- (53) Cf. Braga e Góes de Paula (1981), pág. 118.
- (54) Cf. Braga e Góes de Paula (1981), pág. 118.
- (55) Em 1980, o INAMPS mantinha 282 convênios com órgãos governamentais, sendo 76 a nível federal, 119 a nível estadual e 87 a nível municipal. Além disso, existiam 59 convênios com Universidades e hospitais de ensino. Os outros convênios existentes a nível da clientela urbana perfaziam um total de 6 362, sendo 5 433 com empresas (através de medicina de grupo), 669 com entidades sindicais e 260 com outras entidades. Nota-se, portanto, a predominância do chamado convênio-empresa dentro dos serviços conveniados com o INAMPS. Cf. INAMPS em dados nº3, pág. 33.
- (56) O estudo citado foi realizado com informações que abrangem somente os municípios das capitais, dado que inexistiam no momento da elaboração do trabalho dados de estatísticas vitais que cobrissem todas as Unidades da Federação. Ressalta o autor que "embora esse tipo de análise não permita um conhecimento real da situação de saúde no Brasil, torna-se válida essa metodologia para que se tenha avaliação geral dos níveis de saúde, sobretudo quando se objetiva avaliar sua tendência". Cf. Yunes (1981), pág. 43.
- (57) Yunes (1981), pág. 43.
- (58) Para maiores detalhes vide Taucher (1978) citado em Yunes (1981), pág. 53.
- (59) Cf. Yunes (1981), págs. 44/5.
- (60) Segundo Yunes, o coeficiente de mortalidade infantil apresenta uma séria

limitação no que diz respeito à sua utilização no Brasil, dado que o sub-registro (notadamente nos casos de nascimento) é comum em algumas regiões do Brasil. Para tentar superar tal limitação, esse autor propõe utilizar-se a taxa de mortalidade infantil proporcional (número de óbitos de crianças menores de um ano sobre o número total de óbitos), dado que o sub-registro no caso dos óbitos não acontece no Brasil nas mesmas proporções do sub-registro de nascimentos, principalmente nas Capitais. Cf. Yunes (1981), pags. 43 e 45.

(61) Cf. Acordo MEC/MS/MPAS/OPAS (1982), pág. 5.

(62) Cf. Berquó (1982), pags. 3/4.

(63) e (64) Cf. Serra (1982), pág. 59.

(65) Cf. Serra (1982), pags. 60/1.

(66) Cf. Serra (1982), pags. 77/8.

4 - O INÍCIO DOS ANOS 80: CRISE E TRANSFORMAÇÕES NA ÊNFASE MÉDICO-
-ASSISTENCIAL PRIVATISTA DA INTERVENÇÃO ESTATAL EM SAÚDE

A análise desenvolvida até aqui mostra que os resultados da intervenção estatal no campo da atenção à saúde, entre 1968 e 1980, foram:

- desequilíbrio entre a prioridade de intervenção no campo médico-sanitário e no campo médico-hospitalar com total predomínio desse último setor;
- a cristalização de duas redes de atendimento: a médico-sanitária, com significativa escassez de recursos humanos, financeiros, técnicos e mesmo organizacionais para dar conta dos problemas de saúde de natureza coletiva; e a médico-hospitalar, que experimenta uma notável ampliação de sua capacidade de ação através da assistência médico-previdenciária, situando-se o controle de suas operações a nível do setor privado e o controle do fluxo de recursos dentro do complexo previdenciário;
- o malogro das diferentes tentativas de reordenamento do formato vigente de intervenção estatal no campo da saúde derivadas simultaneamente de fatores de ordem político-econômica geral e da existência de um intenso conflito intraburocrático que impede a adoção de medidas de maior fôlego, no sentido de integrar, hierarquizar e regionalizar a Atenção à Saúde;
- a constituição de uma rede de equipamentos a nível do atendimento médico-hospitalar diferenciada, mas que tanto a nível do setor público quanto e principalmente do setor privado não obedeceu a nenhuma diretriz de expansão que possibilite automaticamente sua transformação em uma base técnica fundamental para um atendimento integral. Isto é, que obedeça às necessidades dadas pelos problemas de saúde da população brasileira, em termos nosológicos, de localização geográfica, recursos humanos e tecnológicos, ou finalmente em termos de sua integração entre redes de atendimento distintas. Assim, constata-se que o processo de capitalização experimentado pelo setor de atenção à saúde no Brasil, não significou a constituição de uma infra-estrutura complexa, articulada, regionalizada etc., mesmo a nível médico-hospitalar, a despeito das facilidades financeiras proporcionadas pelo formato de intervenção estatal que vigorou até o fim dos anos 70;

- a fragilidade dos mecanismos de financiamento dessas políticas quer no caso da assistência médico-previdenciária, quer no caso dos fundos especiais (como o FAS), quer pelo lado das dotações orçamentárias que já eram pequenas e tendem a contrair-se ainda mais, devido à política recessiva de administração da crise econômica adotada no início dos anos 80.

Além desse saldo direto, cabe lembrar que os rumos percorridos pela política econômica geral do governo e por outras políticas estatais de corte social, geram, ao longo da década, uma piora nas condições de vida da população brasileira, especialmente a de mais baixa renda. Com isso queremos destacar que as possíveis melhoras obtidas não foram sequer proporcionais ao dinamismo observado nos diferentes setores objeto de intervenções estatais de corte social e no que diz respeito ao crescimento econômico brasileiro.

Não se pretende adotar aqui uma perspectiva "catastrofista", mas tão somente chamar atenção que a despeito da ampliação da intervenção estatal de corte social e econômico, a inexistência mesmo de uma adequação/articulação entre essas instâncias, derivada sobretudo das regras do jogo político que prevaleceu e da ausência da participação das classes subalternas nos processos centrais e auxiliares de decisão quanto aos rumos do desenvolvimento da sociedade brasileira, fez com que os frutos do progresso observado fossem repartidos de forma bastante desigual.

É imperioso, dessa forma, reconhecer ao final da década dos 70 a existência de um conjunto de políticas sociais amplo e com atuação nacional, fruto do desenvolvimento das bases técnicas, operacionais e financeiras de um Estado Capitalista, que em muitos aspectos apresenta características modernas e articuladas. Tudo isso faz com que, hoje, a capacidade de intervenção estatal seja extremamente superior àquela observada até a primeira metade da década dos 60. A despeito disso, no entanto, tantas foram as contradições das ações estatais, como demonstramos ao longo deste trabalho, que as perspectivas de enfrentamento da crise política, econômica e social que inauguram a década dos 80 são ainda muito sombrias.

Vários são os sinais de impasse da ação estatal nos diferentes campos de sua intervenção nessa nova década. Como trata-se aqui da análise da política estatal em Atenção à Saúde, procuraremos observar esses sinais a partir da crise do complexo previdenciário (e portanto de seu setor de assistência médica) que vem a público entre 1980 e 1981.

4.1 - A CRISE DA PREVIDÊNCIA SOCIAL⁽¹⁾

A situação financeira falimentar do sistema previdenciário - alardeada pelo governo ao longo do ano de 1981 - revela a precariedade dos instrumentos de política social estatal desenvolvidos a partir de meados dos anos 60, em momentos de crise.

O conjunto de medidas que passam a ser propostas para a resolução dos problemas que a Previdência Social enfrenta são um exemplo da forma anti-social de administração da crise mais ampla por que passa o País. A estratégia básica adotada é a do não-enfrentamento das causas fundamentais dos problemas previdenciários; simultaneamente o governo passa a atribuir o ônus e a responsabilidade na solução dos problemas àqueles que, apesar de custearem o sistema, não participaram das decisões que originaram a presente crise, ou seja, os assalariados.

O desequilíbrio que o complexo previdenciário apresenta a partir de 1980, não pode ser, portanto, corretamente entendido sem que se relacionem a ele os efeitos da atual política econômica do governo de corte recessivo, a inadimplência crônica da União em relação ao custeio do complexo, e as distorções da sua estrutura interna de funcionamento, notadamente com relação à assistência médica previdenciária, fruto dos caminhos tortuosos seguidos pela intervenção estatal no campo da Atenção à Saúde, como foi analisado até aqui.

Aparentemente, a situação financeira do complexo previdenciário achava-se equilibrada até 1979, conforme pode ser verificado na Tabela 86 - Anexo. É interessante lembrar novamente que, desde 1977, como vimos no Capítulo 3, vem-se verificando uma desaceleração do crescimento real, tanto da receita quanto do gasto total da Previdência, sem que ocorresse qualquer desequilíbrio financeiro mais significativo. A análise do comportamento das receitas mostra que a tendência declinante observada explica-se, de um lado, pela redução progressiva do ritmo de crescimento do emprego, que acompanhou a tendência à desaceleração da economia após 1976; e, de outro lado, pelo esgotamento de vários fatores que contribuíram para o forte crescimento da receita verificado até 1976,

quais sejam: a incorporação da parcela crescente da população economicamente ativa como contribuintes, a elevação do teto de contribuição máxima, a rápida incorporação de autônomos com alíquotas elevadas de 8% para 16%, a extensão da previdência ao empregador rural etc.

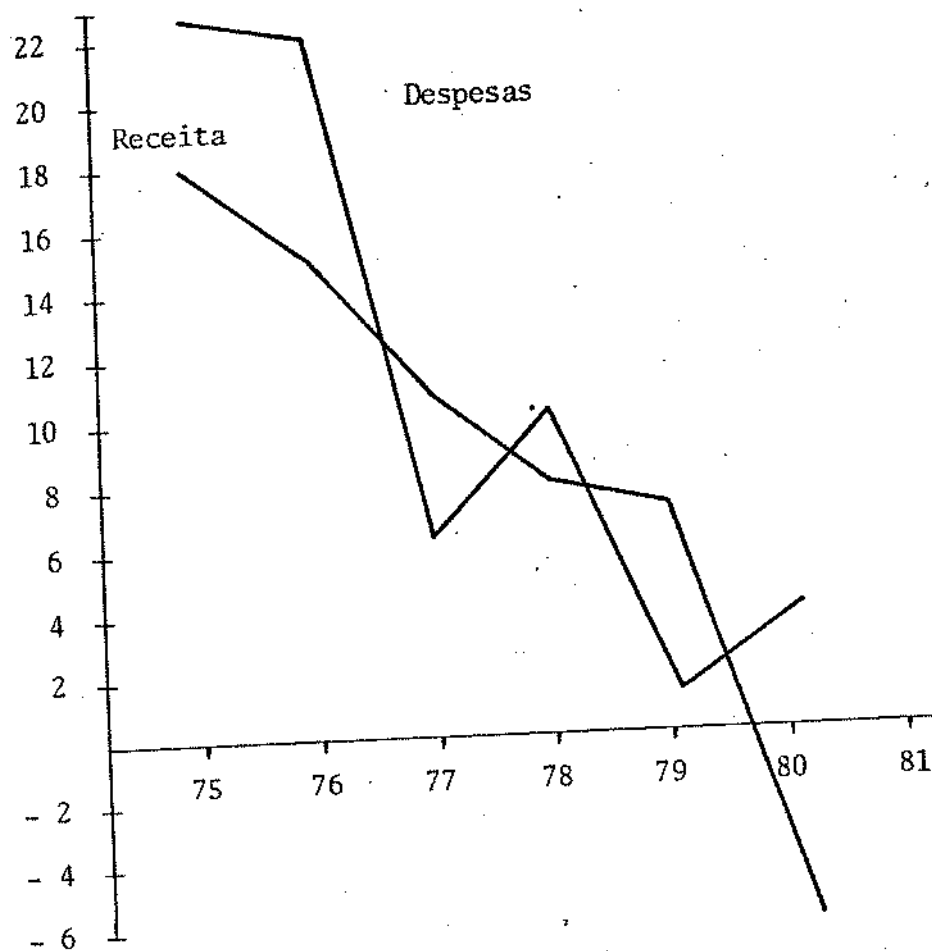
Na análise do comportamento das despesas, igualmente se constatou um grande crescimento até 1976 (notadamente dos gastos de assistência médica, com a criação do Plano de Pronta Ação - PPA em 1975). A partir de 1977, o gasto total da Previdência também se desacelerou, paralelamente à desaceleração do crescimento da receita, conforme se pode constatar na Figura 1 e nas Tabelas 87 e 88 do Anexo.

A crise financeira da Previdência emergiu, portanto, na passagem de 1980 para 1981, coincidindo com a adoção explícita de uma política econômica recessiva por parte do Governo Federal. Com efeito, a análise dos valores do saldo médio negativo do SINPAS junto à rede bancária (Tabela 27 - Anexo) mostra que foi apenas nos últimos meses de 1980 que o desequilíbrio financeiro agravou-se de forma significativa. A queda do saldo médio devedor no fim de 1979 e na maior parte do ano de 1980 deve-se à introdução de um novo convênio. O artifício de separação de contas é reduzido de forma parcial por essas novas medidas de cunho administrativo-financeiro, porém fica claro que, em fins de 1980, o saldo credor volta a crescer rapidamente, indicando a formação de um novo desequilíbrio financeiro.

A queda dos salários reais e a redução do crescimento do emprego desaceleraram, já em 1980, a receita de contribuições que, nesse ano, apresentou uma taxa real negativa de 6%. O aprofundamento agudo do processo recessivo em 1981 agravou intensamente o desequilíbrio, com a queda ainda mais acentuada do nível real da receita. A recessão provocou e vem provocando, além da queda real das contribuições dos autônomos e assalariados, um forte aumento das sonegações por parte dos empregadores (inclusive empresas públicas). Por sua vez, a União, que já vinha diminuindo suas transferências para o sistema, reduziu-as significativamente

Figura 1

DESACELERAÇÃO DAS TAXAS DE CRESCIMENTO DA RECEITA E DA DESPESA DO SINPAS

Taxas Reais de
Crescimento

em 1980, ao nível de apenas 3,4% (quando no período 1970/73 a sua participação no financiamento fora de quase 10%), como se pode constatar na Tabela 21 - Anexo, acumulando dívida de montante apreciável (Tabelas 24 e 25 - Anexo).

Por todos os fatores enumerados, verifica-se, com o aprofundamento da recessão, uma tendência acentuada de queda das receitas previdenciárias. Por outro lado, as despesas, embora tenham sofrido também uma desaceleração, mostram-se mais resistentes ao declínio, fato compreensível pela maior necessidade da população em usar os serviços e benefícios do SINPAS numa época de crise e recessão econômica.

O comportamento dos gastos com assistência médica (INAMPS), ao contrário dos depoimentos governamentais da época, encontra-se estabilizados desde 1977 em termos de taxas de crescimento reais (com o que sua participação no total das despesas do SINPAS decresceu de 31,6% para 27,3% em 1980). As Tabelas 88 e 89 apresentadas no Anexo exibem as tendências recentes de crescimento das despesas.

Desse modo, a agudização da crise financeira do sistema é um produto direto da situação econômica fortemente recessiva criada pela política econômica implantada pelo Governo Federal no início dos anos 80.

No entanto, o desequilíbrio atual do Complexo Previdenciário no Brasil revela também aspectos de uma crise mais grave e profunda. Conforme análise já efetuada em itens anteriores deste trabalho, o SINPAS engloba principalmente duas grandes áreas de atuação: a dos benefícios (aposentadorias e pensões), gerida pelo INPS e a de assistência médica, gerida pelo INAMPS. Em relação a essa última área, dadas as razões apontadas nos capítulos anteriores, configura-se uma verdadeira situação de crise estrutural que se potencializa e adquire novas proporções a partir do problema financeiro enfrentado pela Previdência Social.

Porém, mesmo neste caso, a análise precisa ser mais cuidadosa, em contraposição à versão simplista emanada de alguns órgãos governamentais, segundo a qual a assistência médica previdenciária seria a principal responsável pelo desequilíbrio financeiro da Previdência Social.

Em primeiro lugar, se é verdade que as despesas do INAMPS cresceram de forma significativa durante a década dos 70, também demonstrou-se que essas despesas estão relativamente estabilizadas, em termos reais, a partir de 1977. O problema real, e que não aparece explicitamente reconhecido nas explicações mais simplistas sobre a crise previdenciária, diz respeito ao formato vigente na intervenção estatal no setor saúde.

Não se trata, portanto, de rotular a assistência médica previdenciária de "ovelha negra" do sistema, elemento muito mobilizado para embasar a sugestão de alguns órgãos do governo da necessidade de um corte drástico e profundo nas despesas dessa natureza reativadas pelo Congresso Previdenciário. O importante é reconhecer que o formato de intervenção adotado tem custos elevados é de difícil controle, e da forma como está estruturado é de baixo impacto nas causas do estado endêmico da população.

Em segundo lugar, dado que os níveis de renda, de nutrição, de atenção médico-sanitária, de condições habitacionais e de saneamento básico (no caso nos referimos principalmente ao problema do esgoto sanitário) ainda são bastante precários, resultado dos insuficientes programas e projetos adequados à necessidade da população nessas áreas, tem-se que os programas de assistência médica a cargo do complexo previdenciário tendem a ser demandados numa progressão incontida. Isso leva à realização de gastos simultaneamente volumosos e de caráter paliativo, visto que aquelas condições mantêm uma população doente para cujo atendimento não há elevações orçamentárias do INAMPS que por si só possam ser suficientes.

Fica patente, portanto, que a crise da Previdência se apresenta como um dos aspectos da crise geral que atravessa o Brasil no início dos anos 80 e que o formato de administração recessiva e conservadora dessa crise embaralha, nesse caso particular, aspectos conjunturais com outros que dizem respeito a uma estrutura precocemente distorcida e decadente da Previdência Social em seu conjunto.

Cabe lembrar, porém, que esse fator de ordem conjuntural (a crise financeira) deflagrou um processo de crítica sobre a forma de gestão do Complexo Previdenciário, originado principalmente dentro do próprio setor público (Secretaria do Planejamento, em especial), dado que as formas de resolução desse impasse financeiro poderiam ter que passar por soluções contrárias às "diretrizes de política econômica" em vigor. Ademais, acabou evidenciando problemas mais graves: no caso o funcionamento aberrantemente distorcido da assistência médica previdenciária e por ta

bela da intervenção estatal em Atenção à Saúde como um todo, originando-se críticas dos mais diferentes organismos de representação de interesses da sociedade, na tentativa de obter-se uma reformulação mais ampla.

Aparentemente, ganham mais peso as correntes de dentro do setor público e da sociedade em geral contrárias à continuidade da ênfase médico-assistencial privatista da política estatal em Atenção à Saúde, abrindo-se assim um "maior espaço político" para o início de sua transformação.

Entretanto, as medidas propostas pelo governo para a resolução da crise previdenciária não vão nessa direção. Vejamos a seguir esse conjunto de medidas:

- a) eliminação dos 10% adicionais ao INPC no reajuste dos valores dos benefícios em manutenção, pagos pelo INPS aos aposentados que recebem entre um a três salários-mínimos;
- b) aumento do teto máximo do salário de contribuição, para fins de aposentadoria, de 15,5 para 20 salários mínimos;
- c) suspensão da aposentadoria do segurado aposentado por tempo de serviço que retornar à atividade, que passará a receber um abono mensal, durante o período de trabalho, equivalente ao abono de permanência em serviço, sem prejuízo das vantagens já adquiridas, mas voltando a contribuir para a Previdência Social;
- d) o início do pagamento das aposentadorias aos segurados empregados em regime CLT não mais ocorrerá na data do requerimento do benefício e sim quando o segurado deixar a empresa, ou em até 180 dias após seu desligamento;
- e) a alocação de recursos do Fundo de Previdência e Assistência Social passará a ser aprovada por decreto presidencial, obedecidas as diretrizes de custeio dos programas;
- f) criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária - CONASP com "participação" na gerência dos serviços

de assistência médica.

Dessas medidas, quatro (a, c, d, e) destinam-se a reduzir as despesas do sistema, com impacto significativo nos rendimentos dos aposentados em geral, e em particular daqueles que se situam na faixa de um a três salários-mínimos.

Essas medidas demonstram os critérios, que norteiam a estratégia governamental, de resolução dos impasses porque passa a sociedade brasileira. Sem levar em conta o já modestíssimo padrão de vida de milhões de pessoas que recebem baixas aposentadorias, pretende-se agora a redução ainda maior, da renda real, a pretexto de adotar medida de austeridade, quando está claro que não ocorreu nenhuma expansão exacerbada desses benefícios, nem residem neles as causas de desequilíbrio do sistema. Constituem, portanto, flagrante desrespeito a direitos sociais arduamente conquistados pela população assalariada.

De modo a exemplificar a magnitude da redução da renda real dos aposentados, da faixa de um a três salários mínimos, reproduzimos na Tabela abaixo as perdas decorrentes da eliminação dos 10% adicionais ao INPC, retiradas da simulação realizada por Saboia (1981).

Tabela

EVOLUÇÃO DO PERCENTUAL REPRESENTADO PELA APOSENTADORIA DE UM INATIVO RELATIVAMENTE AO SALÁRIO DE UM TRABALHADOR ATIVO, CUJOS VALORES INICIAIS FOSSEM IDÊNTICOS, AO LONGO DE UM PERÍODO DE 15 ANOS

ANOS	SALÁRIO SEM INCLUIR TAXA DE PRODUTIVIDADE	Em percentagem
		SALÁRIO INCLUINDO TAXA DE PRODUTIVIDADE
1	94,5	90,9
5	75,3	61,9
10	56,8	38,4
15	42,8	23,8

FONTE: Elaboração de João Saboia, publicado no artigo -A (IM) Previdência Social - Folha de São Paulo 6/9/1981.

OBS: A evolução do salário do trabalhador foi calculada supondo-se um INPC semestral de 40% e um aumento anual da taxa de produtividade de 4%. Além disso, supõe-se que o trabalhador permanece no mesmo emprego, sem promoção, ao longo do período considerado.

A única medida destinada a aumentar as receitas do sistema baseia-se na já conhecida prática governamental de promover uma redistribuição entre os assalariados. Essa "solução" é ineficaz em face das dimensões do déficit previdenciário, e questionável quanto ao seu impacto distributivo, uma vez que não avança na repartição dos ônus entre lucros e salários, o que será detalhado mais adiante.

No caso da criação do CONASP, cabe lembrar que esse conselho é um órgão de natureza consultiva e que sua composição desde logo sub-representa a classe trabalhadora (sete representantes governamentais, três representantes patronais, dois representantes da classe médica e três representantes dos trabalhadores). Além disso, sua forma de constituição procura continuar a prática de representação corporativa sob o "comando" estatal, forma inaceitável de representação que se pretenda verdadeiramente legítima e democrática em face dos interesses dos assalariados.

A proposição desse elenco inicial de medidas provocou oposições quer a nível dos órgãos de representação dos interesses das classes populares em oposição ao governo, quer a nível do próprio partido situacionista. Isso porque num ano pré-eleitoral como 1981, tais medidas refletir-se-iam negativamente para o desempenho dos parlamentares de qualquer partido nas urnas, que as apoiasse. Colocava-se também contrário a elas o próprio Ministro da Previdência e Assistência Social, cuja aspiração já citada no Capítulo 3 deste trabalho, era o Governo do Rio Grande do Sul, projeto que poderia ser comprometido dado o impacto negativo para sua imagem que adviria da adoção do pacote tal como proposto.

Inicia-se então todo um processo de proposição de novas alternativas, de modo a fornecer subsídios aos parlamentares em geral que auxiliassem no momento de negociação da aprovação da proposta do governo no Congresso Nacional.

O quadro a seguir sintetiza as principais sugestões e resoluções ao encaminhamento da crise da Previdência Social até o final do ano de 1981. Sintetiza também a proposta finalmente aprovada pelo Congresso e que analisaremos mais adiante.

QUADRO 1
SÍNTESE DAS PRINCIPAIS SUGESTÕES E RESOLUÇÕES SOBRE A PREVIDÊNCIA SOCIAL
1981

ITEM	PROPOSTAS INDICADAS DIVERSAS FONTES	PROPOSTA DO GOVERNO	PROPOSTA APROVADA PELO CONGRESSO NACIONAL
Alíquota da Contribuição	1. aumento de 8% para 10% das alíquotas da contribuição dos empregados e empregadores 2. instituir alíquota incidente sobre o faturamento das empresas 3. instituir alíquota incidente sobre o valor adicionado da empresa	Abandonada Não contempla Não contempla	-
Salário Família, Auxílio Rural e Auxílio Natalidade	Eliminação total, para quem ganha mais de cinco SM	Abandonada	O auxílio natalidade não será pago em dobro quando o casal for segurado, só a mulher recebe
Aposentadoria, Pensões e Outros Benefícios	1. concessão de aposentadoria somente por idade (60 anos) e não por tempo de serviço 2. interessado terá 180 dias para requerer aposentadoria após seu desligamento da empresa, aposentadoria será paga retroativamente 3. benefícios até três SM perdem os 10% do INPC 4. aposentado que voltasse a trabalhar perderia 75% da pensão	Abandonada Mantém Mantém Abandonada	- Mantém Rejeitada -
Teto de Contribuição	1. elevar de 15 para 20 SM 2. elevar teto de contribuição dos profissionais liberais 3. extensão do desconto a todos os salários	Mantém Abandonada Não contempla	Mantém - -
Sobretaxa IPI	Não prevê	Não prevê	Criada sobretaxa de 20% sobre o preço final de produtos considerados supérfluos
Bancos	1. unificação das contas bancárias 2. criação do Banco da Previdência	Não contempla Não contempla	-
Assistência Médica	1. transferi-la para o Ministério da Saúde 2. ampliação da rede hospitalar do INAMPS 3. eliminação da medicina sofisticada 4. extinção dos convênios com hospitais particulares 5. prazo de carência de três meses para que o segurado possa usufruí-la	Não contempla Não contempla Não prevê oficialmente Não contempla Mantém	- - - - Mantém
Geração de Recursos Extras para a Previdência	1. venda dos imóveis do Ministério da Previdência 2. maior participação nos recursos das loterias 3. criação das obrigações previdenciárias (título público semelhante às ORTNs) 4. criar adicional vinculado ao IR das empresas 5. dobrar contribuições do PIS/PASEP 6. imposto adicional sobre lucro dos bancos	Não contempla Não contempla Não contempla Não contempla Não contempla Não contempla	-
Aspectos Institucionais e Administrativos	1. criar fundo de seguridade social 2. eliminação da duplicidade de órgãos do SINPAS 3. revisão dos critérios de credenciamento 4. diminuir ociosidade dos hospitais públicos 5. instituir sistema descentralizado 6. participação paritária	Não contempla Não contempla Não contempla Não prevê oficialmente Não contempla Criado o CONASP - Conselho Consultivo Administrativo de Saúde da Previdência (sete representantes do governo, três patronais, dois da classe médica e três trabalhadores)	- - - - - Mantém
IPAS	Os recursos do Fundo da Previdência e Assistência Social (IPAS) serão alocados às despesas de seguro social, segundo dispuser decreto do poder Executivo obedecida diretriz de custeio independente para cada um dos programas	Mantém	Mantém

Algumas das mudanças na Previdência Social, aprovadas pelo Congresso no final de 1981, parecem abrir novas perspectivas de solução para a crise previdenciária, representando a conquista de novos patamares de pressão política da sociedade pela redefinição da política social do governo.

O projeto aprovado pelo Congresso Nacional tenta abandonar a elevação da alíquota de contribuições e a supressão significativa de benefícios e serviços, conteúdo principal da proposta original do governo formulada pela SEPLAN, evoluindo para uma solução intermediária que, se não resolvia todos os problemas estruturais do SINPAS, pelo menos tinha o mérito de não fazer recair, de imediato, suas distorções sobre o conjunto dos assalariados que sustentam efetivamente o custeio do complexo previdenciário.

A direção escolhida revela, como elemento novo, a pretensão de introduzir mudanças na forma de financiamento da Previdência Social, que alterassem a tendência histórica de resolver seus desequilíbrios financeiros através de sucessivos aumentos nas alíquotas de contribuições (de 3% em 1923/24, para 4% em 1934/56, para 7% em 1956/60 e 8% em 1960/80). Esses aumentos sempre provocaram ampliação dos encargos sobre trabalhadores e consumidores, dado que as empresas possuem a possibilidade de repasse desses "custos sociais" para os preços.

A taxação adicional sobre os bens supérfluos - e não sobre bens-salário -, significa um fluxo extra de recursos tributários para a União, elevando sua participação no custeio da Previdência. Assim, começaria a ser corrigido, desse momento em diante, um dos aspectos estruturais do desequilíbrio financeiro do SINPAS.

A elevação do teto máximo de contribuição para fins de aposentadoria representa uma medida de recuperação transitória das finanças previdenciárias, uma vez que os contribuintes dessa faixa também terão, futuramente, uma aposentadoria proporcional ao teto máximo. Isso equivaleria à gradual redução dos recursos adicionais gerados agora por essa medida.

Obviamente, uma solução global e duradoura para a crise previdenciária e, em simultâneo, para a política estatal em atenção à saúde ultrapassa o alcance das alterações aprovadas.

Essa solução, que só poderá ser alcançada a médio prazo, deve considerar os seguintes pontos: ⁽²⁾

- Com Relação ao Financiamento da Previdência Social

Em primeiro lugar, é preciso notar que a parte do Complexo Previdenciário correspondente a aposentadorias, benefícios e pensões, até o final de 1980, está perfeitamente coberta pela receita de contribuições, conforme pode ser observado na Tabela 90-Anexo.

Assim, trata-se de estabelecer um novo sistema de financiamento não-regressivo para a Previdência que assegure, além da sustentação das aposentadorias, pensões e benefícios, uma contribuição substancial aos programas de Saúde Pública. Para tanto, seria fundamental a criação de um Fundo Nacional de Saúde, a ser sustentado parcialmente por contribuições previdenciárias e por maiores dotações orçamentárias da União.

Um sistema de financiamento não-regressivo poderia basear-se nas seguintes sugestões:

a) Quanto às contribuições dos empregados e autônomos:

- . fixação de uma escala diferenciada de alíquotas por faixa de salário/rendimento, com alíquota-média possivelmente mais baixa que a atual, com eliminação do atual teto máximo de contribuição;
- . a escala de alíquotas poderia partir de um percentual menor para faixas de baixo salário, chegando a alíquotas de 12% a 16% para salários e rendimentos elevados. Dessa forma, assegurar-se-ia um sistema de arrecadação progressivo, socialmente mais justo, pelo qual os assalariados e autônomos de menor rendimento contribuiriam com alíquotas menores e os de maior rendimento com alíquotas maiores.

b) Quanto à contribuição das empresas:

- . deixariam de incidir sobre a folha de salários, uma vez que essa sistemática onera justamente as empresas mais empregadas de mão-de-obra;
- . as contribuições poderiam ser fixadas em alíquotas progressivas, por faixas, sobre o Valor Adicionado, segundo o coeficiente Valor Adicionado por trabalhador empregado, de modo que as empresas com maior produtividade e, portanto, com maior rentabilidade arrecadem proporcionalmente mais. Isso contornaria a objeção de que taxar as empresas sobre o faturamento seria prejudicial à rentabilidade e à capacidade de crescimento das empresas mais frágeis, especialmente as de pequeno e médio portes nacionais. Além disso, a incidência sobre o Valor Adicionado é tecnicamente mais perfeita que a incidência sobre o faturamento (que inclui custos gerais de matérias-primas e insumos fornecidos por outras empresas já tributadas). O Valor Adicionado poderia ser definido do mesmo modo em que é feito para a determinação do Imposto de Circulação de Mercadorias;
- . o valor das alíquotas deveria ser progressivo: de níveis baixos (0,5%), para as pequenas empresas, até alcançar níveis mais elevados para as grandes empresas de alta produtividade (i.e. de 5% a 10%). Obviamente, esses cálculos deveriam ser realizados criteriosamente, para assegurar a obtenção de receita real compatível com as necessidades atuais e previstas da Previdência Social, incluindo a sua contribuição para o Fundo Nacional de Saúde.

- Com Relação à Reestruturação do Complexo Previdenciário e da Política Social em Saúde

O que se impõe nesse caso é uma alteração estrutural da política global de Atenção à Saúde no Brasil. Como foi demonstrado, a forma que os serviços médicos estão inseridos no atual SINPAS, corroborando a comercialização e os altos custos, inviabiliza a possibilidade de capitalização do Complexo Previdenciário através de um Fundo de Reserva, tornando-o muito vulnerável às recessões econômicas.

Logo, trata-se de propugnar por uma mudança da concepção da política de Saúde e de avançar na constituição de uma nova forma de financiamento do sistema de saúde, que pode ser delineada da seguinte forma:

- a) destinar-se-ia um determinado percentual das contribuições previdenciárias à constituição de um Fundo Nacional de Saúde;
- b) dado que o gasto público em Saúde e Saneamento é de responsabilidade da União, que recolhe a parcela esmagadora dos tributos para sustentar as finanças do Estado, a própria União deveria assumir aquele dispêndio através de dotações orçamentárias firmes e regulares para o Fundo Nacional de Saúde: Seria possível, então, adotar uma política de atenção médico-sanitária e preventiva, acoplada à atenção médico-hospitalar;
- c) do ponto de vista administrativo-institucional sugere-se:
 - . desvinculação do INAMPS - órgão encarregado da assistência médica - da órbita do SINPAS;
 - . inclusão do atual INAMPS nas linhas gerais de uma nova política global de saúde, descentralizada e desconcentrada, enquadrando-se, assim, aos ditames daquela política, sob a coordenação do Ministério da Saúde, a quem caberia promover a integração dos programas do INAMPS com os das secretarias estaduais e municipais de Saúde;
 - . sob essa coordenação, far-se-ia a alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, composto das dotações orçamentárias da União e do percentual oriundo das contribuições previdenciárias;
 - . enquadramento seletivo, rigoroso e fiscalizado dos convênios e credenciamentos do atual INAMPS junto à rede privada de assistência médica, de modo adequado às características da nova política global de Saúde, maximizando-se a taxa de utilização e melhoria da capacidade da rede hospitalar pública.
 - . articulação dessa política com as outras políticas sociais referentes a Nutrição, Saneamento Básico, Alimentação/Abastecimento, Habitação etc.

- Com Relação às Formas de Participação e Controle da População na Política de Previdência e Saúde

Impõe-se não a adoção de novas medidas de cunho corporativo, mas a revitalização das estruturas de participação e controle das políticas governamentais através do sistema partidário. Ou seja, é vital que se acelere o debate sobre a criação de mecanismo de avaliação e acompanhamento da ação estatal dentro dos partidos. Não no sentido de obstaculizar o desenvolvimento de políticas de governo, mas de transformar o que hoje é um processo decisório fechado e excludente em algo que possibilite um nível amplo de circulação das informações.

Acreditamos ser necessária a dinamização de mecanismos de acompanhamento das políticas governamentais no campo social, por parte dos partidos, em pelo menos três níveis: o local, o regional e o nacional. Em cada um desses níveis os partidos deveriam "abrir" um espaço específico para que as contribuições da comunidade acadêmica e de outros grupos e/ou organizações representativas de interesses de segmentos da sociedade pudessem ser debatidas, transformando-se em linhas de ação e gestando diretrizes alternativas aos perfis de intervenção governamental hoje vigentes no campo social.

Poderíamos ter assim, com as especificidades que cada um dos níveis apresenta, no que diz respeito ao conteúdo do debate, complexidade e amplitude das propostas e dos mecanismos operacionais de ação, um acompanhamento permanente dessas políticas. Isso geraria um volume de análises, que se incorporariam às ações dos militantes e parlamentares dos partidos, fornecendo-lhes, com as particularidades que cada uma das esferas de atuação exige, condições para um melhor desempenho de suas atividades. Além disso, dinamizaria a criação de linhas verdadeiramente programáticas dos partidos em relação a esses setores da ação de governo.

Tal conjunto de modificações pode e deve ser contemplado no processo político que acaba de abrir-se no caso da Previdência Social, revelando a estratégica posição do Legislativo e dos

partidos políticos como potencializadores das pressões da sociedade pela redefinição da natureza e do alcance das ações governamentais no campo social e econômico.

Dessa forma, não é demais repetir que a questão previdenciária, a questão da Atenção à Saúde, bem como de outras questões sociais objeto de políticas governamentais específicas só podem expressar-se de um modo estrutural novo à medida que a própria reformulação do quadro tributário e do gasto público expresse mudanças no caráter da política econômica e tragam em simultâneo uma política social mais avançada.

Em relação a este último aspecto caberia rebater de maneira clara porém incisiva o pretenso obstáculo que estaria presente nas diretrizes gerais acima esboçadas como uma das alternativas de encaminhamento da política estatal em Atenção à Saúde, ou seja, o falso dilema entre Gasto Público, Política Social e Inflação.

Em primeiro lugar é necessário enfatizar que o gasto público em investimentos - incluindo o de natureza social - não é necessariamente inflacionário como o apresenta o argumento tecnocrático-conservador.

Segundo Braga (1981), "o investimento, público e privado, é a força primária da economia e gera em seu movimento no tempo, a correspondente poupança que em relação àquele (investimento, força ativa) é passiva. Isto é, os investimentos impulsionados a partir do crédito bancário, aos setores públicos e privados, ou das reservas líquidas dos empresários, produz pelas relações de compra e venda entre os agentes econômicos, uma massa de lucros que, retornando aos bancos como "poupança" dos empresários cujos lucros cresceram, compensa os créditos bancários que originaram a expansão do gasto, não se constituindo obrigatoriamente num foco inflacionário. A massa de lucros originada pelo investimento público pode, por sua vez, ser utilizada pelo empresariado para adquirir títulos públicos, de médio e longo prazos, que compensem o crédito bancário primariamente concedido ao setor público. Pode

também o governo aplicar impostos parcialmente sobre a massa de lucros empresariais que o seu gasto pretérito, recente, proporcionou, financiando-se dessa forma aqueles investimentos. Dessa forma, o manejo da dívida pública, da política tributária e da política de crédito, numa certa modalidade, é plenamente capaz de realizar a expansão dos investimentos com controle dos focos inflacionários, sendo necessário para tanto que a indústria manufatureira detenha capacidade ociosa e que seja viável o crescimento da produção agrícola de alimentos e matérias-primas. Ora, a conjuntura atual no Brasil indica ociosidade nas fábricas produtoras de bens de consumo, bem como nas de máquinas e equipamentos. O setor agrícola está anunciado como prioridade governamental, devendo contar com políticas de financiamento e preços que estimulem seu crescimento. Assim, as precondições para uma expansão não necessariamente inflacionária do gasto público estão dadas. O mesmo, entretanto, não se pode dizer das outras políticas antes mencionadas. A saída efetiva para a crise, em oposição ao discurso e prática predominantes nas esferas oficiais, é um programa de investimentos articulados, no tempo e setorialmente, num encadeamento dos setores públicos e privados."(3)

Dessa forma, é preciso levar adiante a idéia de que os investimentos públicos de corte social podem legitimamente fazer parte de um amplo programa de recuperação econômica, tanto por seus efeitos dinâmicos sobre setores industriais, hoje com ociosidade, quanto porque seu impacto financeiro e comercial sobre o balanço de pagamentos não será adverso.

Mas dado o atual formato de intervenção governamental na área social, verifica-se também que a inserção de políticas desse corte num programa de gasto público só pode ser exitosa - quanto à melhoria do padrão de vida da população - se algumas linhas centrais da política econômica se articularem adequadamente e, como já dissemos, de modo estruturalmente novo.

Ainda segundo Braga, "de partida, a estrutura fiscal-tributária geral deve contemplar fontes de receita que favoreçam os gastos sociais, sustentados também por uma adequada administração da dívida pública. As práticas financeiras e o manejo de preços e tarifas correspondentes podem implicar a prática de subsídios, desde que os recursos públicos não sejam alocados a fins especulativos ou de prioridade discutível. A crítica tecnocrático-conservadora a este ponto, basear-se-ia na pretensa tensão inflacionária advinda da expansão da base monetária indiretamente provocada pelos subsídios. Observa-se, entretanto, que a liquidez (disponibilidade monetária) que acompanha o crescimento dos investimentos sanciona a ampliação do produto, do emprego e contribui na atenuação da inflação na medida em que esvazia o espectro especulativo. Enquanto que o aperto de liquidez exacerba os efeitos inflacionário e especulativo. Daí que faz parte desta política de expansão do gasto social, uma política creditícia viabilizadora dos investimentos e uma política monetária que passivamente corrobore o fluxo de bens e serviços consequentes."⁽⁴⁾

Assim, não se sustentaria a proposição de que o investimento público e em particular o aumento dos gastos sociais como os implicitamente previstos nas linhas de reordenamento propostos gerariam mais inflação e agravariam o desequilíbrio do balanço de pagamentos.

4.2 - ALGUMAS TENDÊNCIAS

Os derradeiros estertores do ano de 1981 mostraram com nitidez as dificuldades de transformação do perfil vigente da intervenção estatal em Atenção à Saúde.

Em Decreto-Lei de 29/12/81, determina-se, em adição ao projeto de reforma da Previdência Social, aprovado pelo Congresso Nacional, a adoção das seguintes medidas:

- a alíquota de contribuição para empregados e empregadores eleva-se de 8% para 10%. Para os empregados, essa elevação se dará de forma gradual (8,5% para a faixa de até três salários mínimos (SM); 8,75% para a faixa de três a cinco SM; 9% para a faixa de cinco a 10 SM; 9,5% para a faixa de 10 a 15 SM; e finalmente de 10% para os salários superiores a 15 SM). No caso das empresas, essa elevação é automática, ou seja, sem nenhuma graduação;
- instituição de uma alíquota de contribuição à Previdência, sobre benefícios e pensões, também gradativa de 3% a 5% para o caso dos benefícios, e automática de 3% para todos os pensionistas;
- autorização para uma emissão especial de Cr\$ 120 milhões em ORTN, resgatáveis em cinco anos e com correção monetária limitada, destinada a cobrir a dívida da União para com o SINPAS.

Tais medidas demonstram a força das autoridades econômicas do governo, a despeito das mais variadas oposições, inclusive dentro do próprio governo, em não adotar soluções mais profundas de reordenamento: do Complexo Previdenciário, e das prioridades e mecanismos de financiamento das políticas sociais e da própria política econômica. Penalizaram-se mais uma vez, portanto, os assalariados, continuando-se a regra histórica já citada que aparentemente seria quebrada.

No âmbito estrito da política estatal em Atenção à Saúde,

ainda continua vigorando, em 1981, o perfil médico-assistencial privatista. Do total de recursos despendidos nessa área (Cr\$... 209.294 milhões a preços de 1980), couberam aos programas de ali mentação e nutrição 4,0%, de serviços básicos de saúde 2,0%, de atenção médico hospitalar 84%, de controle de doenças transmissí veis 2%, de produtos profiláticos e terapêuticos 3% e para as de mais áreas 5%, conforme relatório de Consolidação de Programas de Governo publicado pelo IPEA/SEPLAN no início de 1982. No que diz respeito aos gastos com assistência médica realizados pelo INAMPS em 1981, a despesa realizada distribuiu-se pelas entidades presta doras de serviço da seguinte forma: Serviços Próprios (18,5%), Ser viços Contratados (55,7%), Convênios com Órgãos Governamentais (4,7%), Convênios com Hospitais Universitários e de Ensino (2,2%), Convênios com Entidades Filantrópicas (3,4%), Convênios com Sindi catos e Entidades de Classe (2,6%). À Administração couberam 5,4% e às demais áreas 1,7%. (4)

Os anos de 1982 e 1983 foram marcados por fatos que apon tam algumas das perspectivas da política estatal em Atenção à Saú de nos anos 80.

De um lado, observa-se uma pressão contínua das princi pais autoridades econômicas em diminuir os gastos com a assistên cia médica previdenciária, e os níveis do gasto público em geral, no bojo de uma estratégia de administração da crise econômica cada vez mais marcadamente recessiva. A outra face dessa mesma moeda é a diminuição contínua das receitas previdenciárias, notadamente em função do aumento do desemprego, da "sonegação" e atrasos do re colhimento da contribuição previdenciária por parte de empresas públicas e privadas e das dificuldades do MPAS em diminuir o volu me da "dívida" da União para com o Complexo Previdenciário.

De outro lado, e no espaço aberto pela necessidade de re visão das formas de organização da assistência médica previdenciária, dada a diretriz mais geral de contenção do gasto do Complexo Previ denciário, o CONASP passa a ter uma atuação decisiva do ponto de vista normativo.

Ademais, a troca do Ministro da Previdência a partir da necessidade de descompatibilização do Sr. Jair Soares para concorrer ao Governo do Rio Grande do Sul, tomando posse o Sr. Hélio Beltrão no início de 1982, acaba de certa forma facilitando a emergência de condições operacionais para que as medidas propostas no âmbito do CONASP sejam traduzidas em programas de ação do INAMPS. Isso porque o então presidente do CONASP, Dr. Aloisio Salles da Fonseca, assume também a presidência do próprio INAMPS.

A atuação do CONASP no primeiro semestre de 1982 é caracterizada pela realização de estudos visando à elaboração de um programa de trabalho que reorienta a política de assistência médica previdenciária. Em decorrência, o que se encontra em jogo nesse momento é o próprio destino da política de Atenção à Saúde como um todo.

As manchetes dos jornais demostram bem o sentido dos trabalhos e dos debates realizados no âmbito do CONASP nesse sentido: "Previdência: a partir de março, atendimento médico sofisticado só com autorização do CONASP" - JT 15/01/82; "Uso de Hospitais do INAMPS será avaliado" - ESP 19/01/82; "INAMPS estimulará clínica geral" - ESP 20/01/82; "CONASP propõe uma revisão de convênios" - ESP 27/01/82; "CONASP debate as distorções no atendimento pelo INAMPS" - ESP 16/02/82; "Conselho quer rever convênios" - ESP 19/02/82; "Déficit do INAMPS pode chegar a Cr\$ 200 bilhões em 82" - JT 06/05/82; "CONASP reformulará a assistência em 90 dias" - ESP 02/06/82; "Saúde: uma só estrutura federal" - ESP 06/06/82; "Descentralização racionaliza os gastos do INAMPS" - FSP 27/06/82.

Em agosto de 1982, é aprovado o "Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito de Previdência Social", elaborado pelo CONASP. Na exposição de motivos que acompanha o referido Plano, sintetizam-se os pontos principais da reforma pretendida: (5)

- ". prioridade maior às ações primárias de saúde...;
- . integração das instituições de Saúde mantidas pelo Governo Federal, Estadual e Municipal, num mesmo

sistema regionalizado e hierarquizado, cuja amplitude pode e deve ser estimada local ou regionalmente, incluindo a população rural;

- . utilização plena da capacidade de produção de serviços por essas instituições, às quais deve ser assegurada prioridade nos atendimentos à clientela;
- . estabelecimento efetivo de níveis e limites orçamentários, para a cobertura assistencial, ajustando seus programas às condições reais da economia nacional;
- . reconhecimento da participação complementar da iniciativa privada;
- . administração descentralizada dos recursos...;
- . estabelecimento de critérios mais racionais para a prestação de serviços médicos (tanto no âmbito do setor privado quanto a nível do setor público) ...;
- . simplificação concomitante dos mecanismos de pagamento de serviços prestados por terceiros...;
- . racionalização das indicações e prestações de serviços médicos de custo elevado ... com a criação dos Centros de Referência para a prestação de tais serviços;
- . implantação gradual da reforma, num prazo útil, que permita, entretanto, reajustes eventuais".

A análise mais detalhada do plano revela três linhas de intenção básicas:

- reduzir o nível do gasto do Complexo Previdenciário, através da modificação da forma de pagamento do setor contratado, passando-se do mecanismo até então em vigor (materializado nas Unidades de Serviço) para outro que considerasse a média dos procedimentos clínicos, permitindo pagamentos mensais globais pelos serviços prestados;
- utilizar de forma crescente a rede pública, a níveis regional e local, através do estabelecimento de convênios de ações integradas em assistência à saúde;
- obter uma reformulação na forma de organização dos serviços de Atenção à Saúde, cujo resultado não prejudique ou mesmo melhore os níveis de atendimento alcançados, sem no entanto chocar-se com as diretrizes da política econômica e de gasto público em vigor.

Em síntese, pode-se afirmar que o "Plano de Reorientação" recupera várias diretrizes e princípios contidos no "finado" Prev-Saúde, com um "horizonte" de gasto e de dimensionamento de sua implantação mais adaptado às condições de temperatura e pressão ditadas pelas autoridades econômicas. Outro fato importante a ser lembrado é que a agência central e indutora desse processo de mudança é o próprio INAMPS, que continua centralizando os mecanismos principais de comando da política estatal em Atenção à Saúde.

Como costuma acontecer, o "Plano de Reorientação" encontra várias oposições: o setor privado contratado que passa consistentemente a negar a validade do novo sistema de pagamento implantado; as organizações ligadas à medicina de grupo que se vêm praticamente excluídas da política estatal em Atenção à Saúde; os organismos sindicais que acham que a reformulação ainda é tímida dado o conjunto de carências da população nesse setor assistencial; os médicos enquanto categoria profissional que reclamam das baixas remunerações recebidas e que acreditam que o "Plano" é mais um elemento redutor de despesas etc.

Ainda assim, e ao contrário do que ocorreu com o Prév-Saúde, o Plano de Reorientação começa a ser implantado ao longo de 1983. Resta saber tão somente qual o poder de pressão dos diferentes atores políticos que hoje se encontram em permanente articulação na procura de melhores posições nesse novo perfil de política que se prenuncia. E isso certamente merece uma outra monografia, dado o grau de incerteza que paira quanto aos efeitos e resultados do Plano do CONASP.

De qualquer modo, a única diretriz que parece não ser negociável é aquela da limitação do gasto. E convenhamos, essa limitação impõe constrangimentos de considerável magnitude para o processo de reordenação pretendido.

NOTAS

- (1) A análise da crise previdenciária aqui feita se baseia no trabalho de Braga e Silva (1981).
- (2) Conforme argumento desenvolvido por Braga em seu artigo "Gasto Público", Política Social e Inflação", onde se explicita com clareza a falácia deste e de outros aspectos do argumento das autoridades econômicas brasileiras.
- (3) Cf. Braga (1981) p. 26.
- (4) Essas informações foram retiradas do Relatório "Balancete Orçamentário da DESPESA - BOD" do INAMPS para 1981.
- (5) Cf. Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária - CONASP (1982) p. 4.

5 - POLÍTICAS GOVERNAMENTAIS E PERFIS DE INTERVENÇÃO: REFLEXÕES
ACERCA DA ANÁLISE DA INTERVENÇÃO ESTATAL

A análise da intervenção governamental nas questões sociais,⁽¹⁾ no Brasil contemporâneo, é sempre objeto de controvérsia, pois, dependendo do ângulo a partir do qual se examina essa intervenção, pode-se chegar a resultados bastante diferenciados.

No caso analisado - a política estatal em Atenção à Saúde -, pode-se observar: o extraordinário desenvolvimento e complexificação do conjunto de organizações estatais, criadas para a execução de programas de atendimento à população; a criação de diversos mecanismos de financiamento, destinados a dotar de recursos essas organizações, bem como o dispêndio de um volume monetário não-desprezível em programas de atendimento; a ampliação do volume de serviços prestados e dos segmentos populacionais que têm acesso a esses serviços etc. Ao mesmo tempo, constata-se que as condições de saúde da população brasileira, e em especial a dos segmentos de baixa renda, continuam precárias, sem conseguir-se um grau de resolução, para problemas básicos, compatível com a magnitude do desenvolvimento das ações estatais, medidas, por exemplo, pelos indicadores acima citados.

Tais constatações evidenciam as contradições e os múltiplos determinantes das ações governamentais de corte social, que impossibilitam relacionar de forma mecânica e direta a ampliação das políticas governamentais e a melhoria objetiva das condições de vida da população.

Ao longo dos capítulos anteriores deste trabalho, procurou-se examinar, através da reconstrução histórica da intervenção estatal em Atenção à Saúde, os principais determinantes que moldaram essa política governamental, dando-lhe formatos específicos em diferentes momentos. Além disso, procurou-se, principalmente para os anos 70, mostrar as contradições existentes nas opções e decisões tomadas e como chega-se a um esgotamento das condições de vigência do formato de intervenção estatal que vinha vigorando desde meados dos anos 60.

Neste último capítulo pretende-se explorar, ainda que de forma embrionária e à guisa de conclusão, o significado teórico-metodológico da existência de determinantes gerais, específicos, de natureza estrutural e conjuntural, que foram apontados como os vetores que moldaram o formato particular da intervenção estatal em Saúde nos anos

70.

Procurar-se-á, também, realizar uma síntese do movimento analítico realizado nas outras partes deste trabalho, utilizando-se o quadro conceitual mínimo que será desenvolvido a seguir.

5.1 - A NOÇÃO DE PERFIL DE INTERVENÇÃO

As reflexões feitas neste capítulo partem da hipótese de que é possível, na análise de uma política governamental setorial como a que examinamos, apreender seus perfis específicos de desenvolvimento, resultado da conjugação dos diferentes fenômenos políticos, econômicos e sociais que determinam essa intervenção e a existência de tais perfis. Mais do que isso, acredita-se que, dessa forma, é possível conseguir-se a separação dos condicionantes de ordem estrutural e histórica daqueles eminentemente conjunturais, a determinar a existência desse ou daquele perfil de desenvolvimento ou de intervenção estatal numa dada questão considerada. Finalmente, acredita-se que esse é um caminho fértil para se perceberem as diferenças de conteúdo, alcance e os limites de cada etapa da intervenção 'governamental nas questões sociais no Brasil.

A noção de perfil de intervenção⁽²⁾ significa a combinação, assumida de forma predominante e relativamente estável no tempo, de cinco características básicas associadas ao desenvolvimento de uma política setorial de corte social, a saber:

1. Sua posição e seu grau de inserção enquanto prioridade nos centros decisórios de governo mais importantes, ou seja, o seu grau de centralidade. Essa característica expressa uma dimensão eminentemente política da ação de governo analisada, e relaciona-se, no que diz respeito às políticas de corte social, ao problema da construção de mecanismos de controle social e da criação de elementos que auxiliem a ampliação das bases sociais de sustentação das diferentes coalizações governantes em cada conjuntura. Diz respeito, portanto, não só a determinantes estruturais, mas também ao processo de seleção de prioridades que a cada momento compõem a agenda governamental.
2. Suas relações com a política econômica geral do governo, do ponto de vista de sua estrutura de financiamento e natureza do gasto realizado, o que implica a identificação do grau de adequação/articulação das políticas voltadas ao desenvolvimento econômico e

social. A questão da adequação/articulação entre o processo de desenvolvimento econômico e de desenvolvimento social, enquanto objeto da ação estatal, depende das formas específicas que assume, em cada formação capitalista, o processo de construção de bases técnicas, financeiras e sociais do Estado, enquanto agente promotor do binômio acumulação e equidade social e que comporta, simultaneamente, determinantes de ordem econômica e política.

3. O estágio de desenvolvimento da tecnologia utilizada na produção dos bens e serviços afetos à política considerada, ou seja, o grau de complexidade tecnológica. Essa característica diz respeito à forma particular de desenvolvimento das forças produtivas em cada setor, que passa a ser objeto da intervenção do Estado, e ao processo de divisão técnica e social do trabalho que lhe é correspondente.
4. O formato de organização particular da intervenção estatal em questão, ou seja, o grau de complexidade organizacional que as diferentes políticas governamentais apresentam ao longo de seu processo de desenvolvimento. A complexidade organizacional está relacionada às diferentes etapas de estruturação material do Estado Capitalista, a nível nacional, e aos graus de autonomia relativa de ação que as organizações estatais podem deter a partir de sua intervenção crescente no processo de desenvolvimento econômico, social e político, característica que predomina na evolução das sociedades capitalistas periféricas.
5. O impacto produzido no problema ou aspecto da questão social para o qual a política se dirige, ou seja, seu grau de efetividade social. Essa característica diz respeito à influência da política em questão na redução ou potencialização do problema que a origina. Cabe lembrar que uma mesma política pode ter impactos diferenciados para segmentos distintos da sociedade. Além disso, a análise do impacto de uma política governamental deve considerar a influência, no mesmo, decorrente de outras ações governamentais em outros setores.

As cinco características que formam a substância do perfil devem ser examinadas apenas no conjunto de suas múltiplas relações e determinações recíprocas, isto é, como uma combinação. Soamente a partir da resultante obtida do cruzamento de suas características, é possível analisar a natureza, o alcance e os limites de cada intervenção governamental setorial, materializados na idéia de perfil de intervenção.

Apesar da diversidade e heterogeneidade dos fenômenos captados por essas dimensões analíticas, pode-se identificar traços predominantes, responsáveis, por assim dizer, pelo desenho básico assumido pela política considerada. Decorre disso que, dada a vigência de certo perfil de intervenção, não está excluída a existência de variantes ou alternativas reais ou potenciais, representadas pelo seguimento ou permanência de traços secundários ou de pouca expressão relativa, que permanecem subordinados àquela configuração predominante da política enquanto subsiste o perfil; em outras palavras, até que se configure uma efetiva transformação do mesmo, a partir da qual uma ou outra dessas variantes ou alternativas pode vir a assumir o caráter de predominância na configuração de um novo perfil.

Portanto, a apreensão de determinado perfil de uma política implica a compreensão de que tal política é heterogênea e comporta contradições. Essas, no entanto se apresentam como manifestações secundárias e/ou conjunturais, passíveis de serem absorvidas pela vigência dos fenômenos cuja predominância caracteriza cada perfil. Porém, à medida que tais contradições passem a constituir um fenômeno mais duradouro e generalizado, pode abrir-se um processo de transformação do perfil de intervenção, o que implica, por sua vez, o pressuposto de que uma política de governo não é um elemento estático e só pode ser apreendida enquanto processo. No entanto, trata-se de um processo de natureza reiterativa, ou seja, que garante alguma estabilidade no tempo à configuração básica considerada.

Constata-se, desse modo, que o formato assumido pela intervenção governamental, em cada etapa de seu desenvolvimento, depende da maneira particular através da qual se articulam fenômenos de natureza distinta, captados através das cinco características ante

riormente citadas, e que o grau de efetividade social, normalmente utilizado para aquilatar o "sucesso ou fracasso" dessa intervenção, é apenas um deles.

Com o objetivo de explicitar melhor a ocorrência desse movimento que configura um perfil de intervenção, examinemos o caso específico da política estatal em Atenção à Saúde.

Em relação ao grau de centralidade das políticas governamentais de corte social dentre as prioridades de governo, é preciso analisar, em primeiro lugar, as relações que se colocam entre esse tipo específico de intervenção e a reprodução das condições de dominação capitalista no seu nível mais genérico e abstrato.

Nesse sentido, cabe destacar o papel das políticas sociais a cargo do governo, como "colchão amortecedor" dos conflitos sociais derivados das condições de vida a que se encontram submetidas as classes subalternas ao longo do desenvolvimento histórico de nossa sociedade. A existência de um fluxo de bens, serviços ou renda, a que os segmentos subalternos passam a ter acesso através de programas governamentais, pode ser interpretada como um mecanismo utilizado, pelos diferentes governos, para retirar do seio da unidade produtiva a "origem percebida" das condições de exploração a que esses segmentos estão submetidos. Desloca-se, portanto, da figura do capitalista individual para o Estado a responsabilidade de "sanar", através de programas sociais, os desequilíbrios existentes na distribuição do excedente social entre as diferentes classes de uma dada formação social.

Nesse movimento de resposta do Estado aos conflitos sociais, através de programas e políticas específicas e setorializadas, não mais estariam em questão as condições de trabalho e de apropriação dos produtos do trabalho, mas, sim, a questão da regulação estatal das condições de existência dos indivíduos em níveis toleráveis, quer na esfera da produção, quer na esfera do consumo. Desse modo, um primeiro determinante a nortear a intervenção estatal no campo social seria a necessidade, para a própria reprodução das condições de dominação típicas de uma sociedade capitalista, de o Estado for

necer as condições mínimas para a sobrevivência dos indivíduos, bem como, através do conteúdo ideológico das mesmas, reforçar o "caráter natural" desse movimento de desequilíbrios e tentativas de reajuste⁽³⁾.

O grau e a amplitude do efeito reparador de tais ações estariam determinados, por sua vez, pela maneira particular de estruturação da sociedade brasileira (em termos de suas classes e frações), bem como pelo resultado concreto dos conflitos sociais e da luta política que acompanham seu desenvolvimento⁽⁴⁾. Em resumo, é possível analisar, como um dos determinantes mais genéricos e abstratos dos graus de centralidade de uma política como a de Atenção à Saúde, o seu papel no reforço da hegemonia social⁽⁵⁾.

É preciso considerar que esse movimento deve ser visto e analisado não só como o resultado das ações dos segmentos dominantes de nossa sociedade e de suas relações privilegiadas com o aparelho estatal. A existência e a ampliação dos programas e políticas de corte social a cargo do aparelho estatal representam, em simultâneo, o sucesso dos esforços e da luta dos segmentos dominados. Em outras palavras, significam, num mesmo movimento, a estruturação de mecanismos mais complexos de dominação política e social, e formas de introdução, no seio dos próprios aparelhos de Estado de questões socialmente relevantes aos setores subalternos, representando, nesse último caso, conquistas importantes de novos patamares de participação política e social das classes dominadas.

Ainda em relação a essa problemática, e tendo em vista esse determinante mais genérico e abstrato a influenciar a centralidade de uma política de corte social, cabe considerar as relações particulares que essas políticas mantêm com a forma com que se estrutura e se legitima a direção política exercida pelas diferentes coalizações governantes em cada conjuntura.

Em outras palavras, é necessário levar em consideração que diferentes políticas de governo de corte social podem ser mais ou menos relevantes para auxiliar as estratégias de manutenção no poder das coalizações politicamente governantes, dependendo das re

gras do jogo político em vigor e, conseqüentemente, da estruturação de esquemas de "engenharia" institucional, destinados a regular a convivência entre aparelhos de Estadô, classes dominantes e subalternas, em "ordem e de forma relativamente estável", merecendo prioridades distintas em contextos que variam de situações autoritárias e de democráticas de exercício do poder.

O melhor exemplo da importância desse fator, no caso da questão da Atenção à Saúde, é a política de Assistência Médico-Previdenciária como vimos. A análise de sua importância nos projetos de direção política, que se gestam em nossa sociedade a partir dos anos 30, é essencial para que se compreenda seu movimento ascendente, no sentido de tornar-se o pólo predominante da intervenção estatal nesse campo no período recente. Assim, é através da compreensão de que a participação da classe trabalhadora na vida política nacional, deu-se, entre outras formas, através de um aparelho sindical e previdenciário de natureza corporativa, no qual a assistência médica é elemento importante, que se pode entender uma parcela dos determinantes da expansão da assistência médico-previdenciária; ou seja, como um dos elementos auxiliares de articulação política das coalizações governantes junto às classes subalternas, tanto no período populista quanto no período recente, ainda que com características bastante distintas em cada momento.

Em síntese, a posição das políticas sociais em geral, e de Saúde em particular, na agenda de prioridades governamentais, irá variar de acordo com sua importância e funcionalidade para os diferentes projetos de direção política, vigentes em cada etapa de desenvolvimento de nossa sociedade, resultando, estes últimos, das regras do jogo político em vigor, que se concretizam em formas diferenciadas de regime político com graus também distintos de concentração/desconcentração e centralização/descentralização do poder político⁽⁶⁾.

No que diz respeito aos graus de adequação/articulação entre as políticas de governo de corte social, destacando-se a de atenção à saúde, e a dinâmica econômica, deve-se buscar, inicialmente, as relações que os serviços de saúde mantêm com as esferas do trabalho (dentro e fora do processo de produção propriamente dito) e do

capital⁽⁷⁾.

Em relação ao fator trabalho, deve-se considerar a influência das políticas de Saúde na redução dos custos de reprodução da força de trabalho (produtiva e improdutiva). Além disso, embora de difícil comprovação empírica, é possível pensar que os serviços de saúde influem de certa forma nos níveis de produtividade da força de trabalho, através da redução do absenteísmo e proporcionando maior higidez ao trabalhador. Essas relações podem apontar e esclarecer o conteúdo de uma parte das políticas de Atenção à Saúde a cargo direta (execução propriamente dita) e/ou indiretamente (através de normas que permitam sua realização por outros agentes) do Poder Público. Mais ainda, se analisadas dentro de uma perspectiva da evolução histórica do capitalismo brasileiro, podem auxiliar na verificação do grau de "essencialidade" das ações estatais nesse campo, ou seja, na regulação e reprodução da força de trabalho.

Especificamente no caso brasileiro, constata-se que as políticas de Saúde tiveram uma importância crucial na constituição do mercado de trabalho a nível nacional, na incorporação de novas áreas do território nacional ao processo de desenvolvimento capitalista nas décadas dos 20, 30 e 40 e na complementação das condições gerais de reprodução do trabalhador industrial urbano, no período pós-56. Em cada momento citado, pode-se explicitar a parcela de políticas de Saúde dirigidas para esses aspectos. No capitalismo brasileiro contemporâneo, entretanto, a influência direta das políticas de governo nesse campo parece ter-se tornado muito menor, à medida que as próprias unidades produtivas passam a deter condições de autodeterminação da reprodução e circulação da força de trabalho de que necessitam⁽⁸⁾. Isso não quer dizer que as atuais políticas governamentais no campo da Saúde não afetem a força de trabalho. O que nos parece incorreto é caracterizar esse fator como preponderante na determinação do contorno mais recente das políticas estatais de Saúde no Brasil.

Em relação à esfera do capital, pode-se também estabelecer uma relação entre as políticas de Saúde e frações do capital industrial cujos produtos são consumidos de maneira exclusiva e/ou prefe

rencial na prestação dos serviços médicos. Esse parece ser um vínculo essencial na determinação do conteúdo mais recente que a questão Saúde assume a nível governamental, assim como na escolha da tecnologia a ser utilizada na produção e operação desses serviços. Ou seja, deve-se atentar às ligações e determinações que tanto os setores industriais (ligados a equipamentos, materiais e obras médico-sanitárias e médico-hospitalares) quanto os setores ligados à produção e distribuição de medicamentos colocam, em cada conjuntura, ao perfil vigente de política de Saúde analisado.

Finalmente, cabe identificar o grau de penetração de relações propriamente capitalistas na forma de prestação dos serviços de saúde; em outras palavras, o fenômeno de transformação da forma de organização e estruturação do trabalho médico na direção propriamente capitalista (difusão das relações de assalariamento, maior divisão técnica e social do processo de trabalho, formação de empresas médicas e sua posterior conglomeração, articulação com o sistema financeiro no campo do seguro-saúde etc).

Obviamente, a discussão em profundidade de cada uma das relações aqui esboçadas é tarefa que não pretendemos realizar neste trabalho. Julgamos suficiente apontar para a sua existência, destacando que cada um desses elementos gera demandas competitivas em relação ao Estado e influi, dessa forma, nos perfis de intervenção governamental, no setor, ao longo do tempo.

No entanto, não vemos um automatismo nesse movimento. Ao contrário, nesse grau de generalidade, é possível pensar um sem-número de arranjos, garantidas as condições de reprodução da "infra-estrutura" capitalista, que resultariam em outras numerosas alternativas de política de Saúde.

A explicação dos caminhos da política de Saúde, no Brasil, não nos parece, portanto, pertencer ao nível da procura de essencialidade estrutural econômica e de sua racionalidade cega.

Acreditamos que a dinâmica econômica, da forma aqui considerada, aponta relações possíveis e um conjunto de fatores sociais

que, se organizados politicamente, podem influir nos diferentes perfis que assume a intervenção governamental, fazendo ou não prevaler seus interesses de curto, médio e longo prazos, dadas as condições do jogo político vigente (ao nível da denominação e da direção política).

No caso brasileiro, e ainda pensando na relação serviços de saúde e etapas de produção capitalista vigentes, deve-se considerar, finalmente, dois aspectos relacionados:

- a) em primeiro lugar, as limitações que o padrão de acumulação capitalista brasileiro e suas políticas econômicas correspondentes impõem, concretamente, à intervenção estatal no campo da Atenção à Saúde, notadamente em relação ao seu financiamento, e que variam ao longo do tempo; e,
- b) em segundo lugar, a maneira como a concentração no tempo e a "violência" com que é realizado o esforço de industrialização no Brasil, e seus desdobramentos, acabam colocando como "prioritária" (o que passa sempre por definições a nível do político) a utilização de fundos sociais, no esforço de obter-se maior desenvolvimento econômico, e/ou acabam "pervertendo" o resultado desses mesmos mecanismos de concentração de recursos em outros momentos, onde o movimento da industrialização já possui outros mecanismos de financiamento mais pesados e complexos.

A complexidade tecnológica assumida pela política estatal em atenção à saúde resulta como já foi destacado no capítulo 3, de um processo de transformação da própria natureza desses serviços, captada através do termo capitalização dos serviços de Atenção à Saúde.

A dinâmica de desenvolvimento das políticas governamentais relacionadas a esse setor é influenciada pelos avanços científicos e tecnológicos ocorridos no processo de produção dos serviços de saúde, que ao transformarem a organização dessa produção, no que diz respeito aos equipamentos, instalações utilizadas e aos processos de trabalho, vão possibilitando seu acoplamento às formas de produção e

circulação capitalistas.

Isso implicou, como já foi analisado, a articulação desse ramo de serviços, com ramos do capital industrial e financeiro, bem como a sua estruturação interna de modo a dar conta dessas articulações, apresentando, como resultados objetivos: a maior especialização do trabalho médico (novos formatos na sua divisão técnica e social); a constituição do hospital e dos serviços de apoio (especialidades complementares de diagnóstico e terapêutica), como uma plataforma técnica essencial na dinâmica de funcionamento dos serviços de saúde; o aumento dos custos de produção e dos preços de comercialização dos serviços prestados; e a necessidade crescente ou da intermediação estatal ou de esquemas de "socialização privada", que ampliem o mercado para os insumos, produtos e serviços de Atenção à Saúde, que se tornam cada vez mais diferenciados.

Torna-se evidente, portanto, que essas transformações não representam um "movimento natural", onde o avanço técnico apareceria como resultado, simplesmente, de um conhecimento mais profundo e através do qual a medicina foi construindo seu objeto de trabalho. Elas são o resultado do estabelecimento e da reprodução de determinadas relações sociais no interior da prática médica e de sua articulação no conjunto de práticas sociais capitalistas que têm existência e sentido concretos. Mais do que isso, deve-se ter presente que a esse mesmo movimento de capitalização da Atenção à Saúde, simultâneo ao fenômeno de medicalização das sociedades contemporâneas, não correspondem, necessariamente, perfis de políticas estatais em Saúde que sejam, de certa forma, antagônicos às necessidades de atendimento por parte da população.

Os perfis de intervenção estatal, nesse campo específico, podem, ao mesmo tempo, articular o setor de serviços em Atenção à Saúde com setores do capital industrial (indústrias de medicamentos e equipamentos hospitalares), e promover a progressiva transformação do trabalho médico (especialização) e da sua organização em moldes empresariais (capitalização/assalariamento), sem que, necessariamente, a atuação das organizações estatais e privadas produtoras dos serviços de saúde se dê no sentido do abandono de uma política

de Atenção à Saúde, articulada e integrada a nível de sua base técnica e que se aproxime mais, em seu âmbito de atuação, das carências e mesmo da nosologia de sua clientela efetiva e potencial.

Em outras palavras, o processo de capitalização da Atenção à Saúde só ocorre no momento em que se passa a dispor de medicamentos eficientes, baratos e, conseqüentemente, capazes de serem produzidos em escala industrial, constituindo-se num avanço inequívoco da capacidade de intervenção da medicina, sendo essa, ao mesmo tempo, a própria origem das chamadas "distorções" da medicina atual. Portanto, se as políticas estatais, encarregadas de expandir os cuidados médicos ao conjunto da população, fazem-no de forma a beneficiar os produtores dos serviços e insumos, e não a população que deles se utiliza, isso é produto tanto das transformações nas relações técnicas e sociais, que constituem o processo de trabalho médico e seus desdobramentos, quanto (e talvez principalmente) de definições político-econômicas do Governo. Essas só se materializam em determinados perfis, que desconsideram as carências da população quando existe baixa capacidade de organização e pressão do conjunto das classes subalternas e dos próprios trabalhadores do setor, no sentido de obter políticas de outro corte, e que contemplem seus interesses, derivadas das formas concretas que assume em cada formação social o processo de participação político-econômica.

A complexidade organizacional assumida pela intervenção estatal em uma dada questão social (nesse caso a de Atenção à Saúde) é, por sua vez, produto de dois fenômenos distintos e articulados.

O primeiro deles, e normalmente o mais salientado, é que, à medida que se tornam mais complexos os problemas sociais objeto de intervenções estatais específicas à forma particular de desenvolvimento de nossa sociedade, se vai estruturando, nem sempre concomitantemente, um aparato estatal também cada vez mais complexo do ponto de vista técnico-gerencial, para dar conta desses mesmos problemas. Desse ponto de vista, a complexificação das organizações estatais, encarregadas do desenvolvimento de políticas setoriais e seu desdobramento em outras organizações, obedeceria a critérios técnicos

cos e organizacionais de melhor estruturar-se a intervenção estatal em seus diversos campos de atuação.

Entretanto, do ponto de vista político, esse processo de complexificação organizacional obedece a outro conjunto de determinantes, em muitos casos mais importante que o primeiro, que conviria explicitar de forma mais detalhada.

Se é verdade que a cada questão que vai sendo incorporada como objeto de ação do Estado corresponde a criação e/ou desdobramento de aparelhos burocráticos, ou seja, organizações burocráticas permanentes, cabe lembrar que esse movimento não é, de forma alguma, uma resposta mecânica e funcional do Estado às pressões e demandas dos diferentes grupos sociais.

Em primeiro lugar porque, se a sociedade brasileira apresenta-se fragmentada a nível do processo de formação e de dinâmica de suas classes sociais e de seus aparelhos de representação de interesses, é preciso pensar o Estado e as diferentes organizações que o compõem não como unidade homogênea e coesa, mas divididos e fragmentados.

Essa divisão é, em parte, determinada pela segmentação do todo social, mas também a influência a partir de interesses materiais e setoriais específicos das próprias elites das categorias sociais que compõem os aparelhos estatais, expressando uma autonomia relativa que o Estado e seus aparelhos possuem em relação ao conjunto da sociedade.

Essa autonomia advém de contradições a longo prazo enraizadas no processo histórico de desenvolvimento capitalista brasileiro; de conflitos e divergências políticas associadas à luta pela definição da direção política; de conflitos e contradições inerentes à dinâmica do próprio sistema de dominação; e manifesta-se, principalmente, quando as decisões estatais, ao envolverem a competição por recursos, não afetam nem o curso da acumulação, nem a alteração de posições estratégicas a nível da estrutura do Bloco no Poder.

Em segundo lugar, é possível constatar, empírica e historicamente, que uma grande parte das decisões estatais e, consequentemente, das políticas governamentais têm essa característica.

Em face da existência do movimento acima descrito, tem-se que o processo decisório de grande parcela das ações governamentais passa a ser o resultado de barganhas entre organizações estatais e societais, envolvidas em cada questão que passa a ser objeto de políticas setoriais específicas, e não como um processo mecânico de resposta das organizações estatais às demandas colocadas pelos diferentes grupos sociais.

Mas, se estamos considerando aqui a existência de limites para a negociação entre as organizações estatais, societais e os aparelhos de representação política, cabe especular sobre o que acontece quando as políticas governamentais referem-se a aspectos do desenvolvimento político-econômico de uma formação social, que afetam ou a estrutura de produção e o curso do processo de acumulação, ou a estrutura de dominação, ou, ainda, a própria ordenação do Bloco no Poder.

Tendencialmente, nesses casos, as decisões do Estado e de suas organizações componentes seriam orientadas por sua posição de guardião político, ou seja, de garantia de reprodução das relações capitalistas, quer a nível da produção, quer a nível da dominação. E esse é o caso em que existe consenso entre o conjunto das classes dominantes, ou seja, em que nem a hegemonia social nem a hegemonia no interior do Bloco no Poder se encontram em questionamento.

No entanto, existem situações conflitivas afetando parte dos aspectos acima considerados, em que nem a natureza do Estado ou das relações sociais capitalistas se encontram em questão, mas em que segmentos distintos do Bloco no Poder se encontram em relativo equilíbrio de forças e têm demandas contraditórias. Nesse caso, aumenta a autonomia relativa dos aparelhos de Estado envolvidos nessas demandas, e seu papel como organizador político assume importância crucial na definição da direção das políticas estatais, passan

do a desenvolver regras de decisões sobre suas próprias ações de maneira cada vez mais independente das forças sociais em disputa.

Em formações sociais, como no caso do Brasil, onde a hegemonia no interior do Bloco no Poder é sempre problemática, derivada de suas características de sociedade capitalista retardatária, a coexistência de lógicas diferenciadas da ação estatal é uma constante. Isso acaba por determinar um aparelho estatal estruturalmente segmentado, onde o conflito e a competição ocorrem intensamente. Coexiste, dessa forma, uma multiplicidade de orientações a nível da definição de políticas inter e intra-setoriais, criando-se constantemente jurisdições burocráticas (feudos) que obstaculizam modificações nos perfis de intervenção governamental de forma automática e mecânica, segundo os interesses das classes, frações e aparelhos de representação política, mesmo das camadas dominantes. Isso é de certa forma facilitado pelo fato de essas jurisdições operarem, como dissemos, em um contexto marcado pela ausência relativa de direção política global e organicamente integrada entre os centros de poder das coalizões politicamente governantes e as organizações públicas e societais que compõem cada jurisdição.

Cabe ressaltar que a existência de uma multiplicidade de agências e instituições, atuando conflitivamente dentro de cada setor da intervenção governamental e problematizando a gestão global da máquina estatal, não nos parece uma característica exclusiva do desenvolvimento do Estado e da sociedade brasileira; tampouco a permanente autonomia relativa que a burocracia estatal detém em relação à sociedade em alguns níveis decisórios, principalmente naquilo que se refere aos aspectos mais operacionais das políticas de governo, onde o grau de controle pela sociedade em geral é sempre difícil. Queremos destacar, com isso, que essa situação tende a acontecer mesmo em formações sociais em que a transparência do processo decisório estatal é elevada, como nos casos onde a organização da vida política se materializa em regimes do tipo democrático.

É preciso considerar, entretanto, que os graus de liberdade e de autonomia de ação das organizações estatais tendem a elevar-se brutalmente quanto mais restritivas e excludentes forem as regras

do jogo político em vigência, chegando a situações-limite nos casos dos regimes de tipo totalitário.

Em formações sociais como o Brasil, onde a tradição autoritária tem conseguido impor-se como elemento de estruturação da vida política durante períodos importantes de alteração das formas de Estado e do processo de desenvolvimento do capitalismo, esse fator - autonomia e fragmentação das organizações estatais e sua complexa trama de relações com os diferentes setores sociais - não pode ser derivado mecanicamente de uma lógica, determinada a priori, de relações entre capital e trabalho, segundo leis gerais e irreduzíveis.

É preciso pensar que a multiplicidade de agências que hoje compõem o aparato burocrático público brasileiro não se encontra "funcionalmente diversificada", como poderiam supor as análises mais correntes sobre reforma e/ou modernização administrativa, ou aquelas que compartilham de uma visão instrumentalista do Estado no capitalismo. Os aparelhos estatais encontram-se, na verdade, segmentados, compartimentalizados, atuando de maneira competitiva e sempre tentando transcender suas jurisdições, com o objetivo de expandir suas áreas de influência, transformando-se em importantes arenas de negociação das decisões cotidianas das políticas que implementam, em permanente articulação com os interesses também fragmentados das organizações societais. E isso tudo, na maior parte das vezes, com um baixo grau de controle, tanto por parte da coalizão política que governa quanto da sociedade em geral, desde que respeitados os limites mais gerais já comentados anteriormente.

Desse ponto de vista, caberia estabelecer o que diferencia, a nível conjuntural, os setores de intervenção estatal e as organizações que a operacionalizam, em termos de prioridades de governo. Além disso, deve-se explicitar os recursos e mecanismos que essas organizações mobilizam para obter maior ou menor sucesso na criação, sustentação e expansão de jurisdições burocráticas nos diferentes campos de intervenção governamental de corte social.

As desigualdades entre os diferentes setores, objeto de políticas governamentais, o poder que detêm as organizações, sua relativa autonomia dentro de suas esferas de atuação, bem como suas possibilidades de expansão, são determinadas basicamente por três variáveis⁽⁹⁾ inter-relacionadas:

- a) Relevância do setor. Trata-se aqui de analisar sua importância para a estrutura de produção vigente; na intermediação estatal com aquilo que se refere à organização e seleção dos interesses das classes sociais, de suas frações e aparelhos de representação; e de seu peso na viabilização das diferentes estratégias de direção política das coalizações governantes;
- b) Relevância das organizações que atuam no setor em análise. O destaque para as organizações estatais, relativamente independente da relevância do setor onde atuam, é feito porque é possível pensar as organizações estatais e societais também como determinantes das alternativas de transformação da estrutura de produção vigente, bem como de estruturação dos interesses das classes sociais e de suas frações. Dessa forma, um setor relativamente pouco importante pode vir a sê-lo, exatamente pela ação de uma dada organização que aí atua. Além disso, as organizações setoriais poderão desenvolver uma resistência extraordinária às transformações que limitem seus raios de ação, o que poderia levar à existência de organizações que permanecem relevantes, conjunturalmente e de forma excepcional, em setores não tão prioritários tanto para a estrutura de produção quanto para o projeto de direção política vigente;
- c) Disponibilidade de recursos. Com isso queremos situar a capacidade concreta que as diferentes organizações estatais têm de ir acumulando recursos ao longo de sua existência que permitam a manutenção de suas jurisdições em termos estratégicos e operacionais, em face das ameaças externas ou internas ao seu setor de atuação. Derivaria daí, inclusive, a possibilidade de obtenção de aliados a nível de outras organizações estatais e/ou societais com interesses conjunturais comuns.

Esses recursos poderiam ser agrupados num mero exercício formal, em alguns blocos:

- Financeiros - grau de autonomia financeira que as organizações dispõem em relação ao orçamento público; controle sobre fontes permanentes de financiamento, relativamente independentes de decisões externas às organizações; capacidade de obtenção de financiamento interno e capacidade de reprodução de seus próprios recursos, possibilidade de acesso independente a recursos de outras agências; disponibilidade de múltiplas fontes de recursos, suficientemente diversificadas e flexíveis para permitir que a perda de uma delas seja compensada pelas outras; e, finalmente, autonomia para dispor e realocar seu próprio capital;
- Institucionais - meios legais que as organizações dispõem para alargar sua capacidade decisória; capacidade formal de criar, manter ou expandir seu espaço decisório; ocupação de áreas institucionalmente privilegiadas, que podem ser transformadas em arena de negociações e de intermediação de blocos de interesses de outras agências estatais ou societais; existência de competências formais para interferir na alocação de recursos de qualquer natureza de outras agências, via supervisão, coordenação, controle direto etc.;
- de Poder - contatos e/ou ligações informais, permitindo que determinadas organizações adquiram grau substancial de poder e influência nos centros decisórios mais importantes da estrutura de poder e autoridade vigentes. A identificação desse tipo de recursos é, desde logo, de reconhecida dificuldade de mensuração, e sua determinação quantitativa é praticamente impossível. Existem, no entanto, algumas indicações que possibilitam a formulação de hipóteses nessa direção, ou seja: a capacidade de organizações públicas estabelecerem alianças externas com setores dominantes na sociedade, de modo a criar áreas comuns de interesse que as agências passam a representar informalmente dentro do Estado; capacidade de articulação, agregação, organização e seleção de interesses socialmente relevantes; capacidade de coerção e/ou indução, controle monopolístico de informações estratégicas, capacidade de tornar-se instância mediadora e/ou julgadora mesmo sem competência formal para tanto etc.;

- Gerenciais - capacidade que as organizações têm de determinar internamente os meios para atingir objetivos definidos, em geral externamente, e de administrar técnica e economicamente a implantação desses objetivos, sem interferências e/ou cisões internas e externas;
- Recursos Tecnológicos - domínio sobre o desenvolvimento de um determinado processo de produção de bens e serviços de forma monopólica ou predominante; capacidade de manter-se na vanguarda tecnológica do seu setor ou de diferenciar suas atividades de modo a deter um controle relativo desse aspecto, ainda que não de forma monopólica, em diferentes setores.

As três variáveis propostas - relevância do setor, das organizações e disponibilidade de recursos - tendem a mostrar mais claramente qual a posição estratégica da política na agenda estatal geral, que graus de essencialidade essa posição reflete (a nível político-econômico e/ou de importância intra e interburocrática) e qual o peso relativo que as diferentes organizações possuem na condução de determinada política, no estabelecimento do conteúdo de seu perfil de intervenção e de resistência a sua transformação, possibilitando a maior compreensão da complexidade organizacional assumida e dos dilemas e contradições de sua gestão.

No caso específico analisado, a observação do comportamento dessas três variáveis auxiliou a obtenção de uma visão mais clara dos graus crescentes de complexidade organizacional que assumem os diferentes perfis caracterizadores da intervenção estatal no setor. Mais do que isso, evidenciou como no processo de criação e desdobramento das organizações setoriais, vão se configurando condições para que a burocracia ligada à Previdência Social possa desenvolver um "projeto" relativamente autônomo de desenvolvimento para o setor, através de suas conexões com os setores empresariais médicos, assumindo o lugar central da definição dos recursos da intervenção estatal e definindo de fato a real política de Saúde em vigência.

Em relação aos graus de efetividade social, importa considerar alguns aspectos:

- as intervenções governamentais setoriais, notadamente no campo so
cial, apesar de formalmente consideradas como aquelas destinadas
a prover bens, serviços ou renda de modo a elevar os padrões de
vida das classes populares, não devem necessariamente ser analisa
das exclusivamente a partir desse prisma, dados seus encadeamen
tos econômicos e político-burocráticos já referidos;
- além disso, tais intervenções podem não se traduzir, objetivamen
te, numa melhoria material para as classes populares, mas ter tal
efeito em outros segmentos da estrutura social (as classes mê
dias, por exemplo), importantes na ampliação das bases de apoio
de cada gestão de governo;
- mesmo desse ponto de vista, importa considerar os efeitos-demons
tração dessas intervenções e a capacidade de manipulação dos mes
mos pelas coalizações governantes, no sentido de demonstrarem
uma preocupação mais formal do que real com o nível de vida dos
segmentos subalternos, o que pode problematizar o grau objetivo
de reação das classes populares, no sentido de modificar os per
fis de intervenção das políticas de corte social que lhes sejam
desfavoráveis;
- o grau de influência concreta das políticas governamentais, nos dife
rentes processos de reprodução da vida material e cotidiana e na
transformação dos valores que lhes são subjacentes, está relacio
nado com os patamares de condições de vida existentes e que são
diferenciados no interior das classes populares. Aquilo que pare
ce extremamente precário e insuficiente para um determinado seg
mento social não é internalizado da mesma forma por outros seg
mentos, que vivem em condições de existência mais graves, notada
mente se o grau de difusão das informações é baixo e frágeis as
variantes de organização das classes subalternas para a luta política.

Além dos pontos anteriores, cabe destacar outro fator ex
tremamente importante: o impacto das políticas governamentais, de
rivado de seu perfil específico, deve ser visto tanto do ponto de
vista de sua materialidade objetiva (aumento nos patamares de consu
mo) como do ponto de vista de constituir direitos, ainda que esses

não se traduzam imediatamente na expansão do consumo ou de melhores condições de inserção na produção por parte das classes subalternas. Desse ponto de vista, o próprio fato de questões sociais passarem a fazer parte da agenda governamental, e serem objeto de políticas setoriais específicas, consiste num avanço significativo nos patamares de conquista dessas mesmas classes, no desenvolvimento de cada capitalismo.

Fihalmente, importa considerar, ainda, que o impacto de uma política governamental pode ser obstaculizado, problematizado ou mesmo facilitado pelas ações de governo em outros campos. Isso leva a que seja necessário considerar tanto as possibilidades de resolução de problemas que cada política tem de forma objetiva, quanto as parcelas que devem ser tributadas às ações fora de sua esfera de influência.

Todos esses pontos convergem para um último destaque, ou seja, ainda que mediatizada por todas essas considerações, a capacidade de resolução de problemas específicos, de cada política setorial, condiciona, em primeiro lugar, a dinâmica dos fenômenos que compõem as características anteriores e sua forma de articulação e, em segundo lugar, influencia a capacidade de vigência de um determinado perfil de intervenção.

Não existem indicações a descrever, de modo geral, em relação à política de Atenção à Saúde, no que diz respeito aos graus de efetividade social da mesma. Tratou-se de captar a política real implantada em decorrência da conjugação das características anteriores, a determinar seu perfil específico em cada etapa de desenvolvimento e seus resultados e efeitos em processos sociais significativos, derivados do comportamento observável do quadro de saúde da população.

Como se pode constatar, a utilização da noção de perfis de intervenção exige, por sua própria natureza, que se trabalhe, para a construção substantiva de suas características, em três níveis distintos, porém inter-relacionados, de análise:

- dos determinantes estruturais políticos, econômicos e sociais do desenvolvimento da ação estatal e da própria sociedade brasileira, e dos limites que impõem às ações setoriais de governo;
- das determinações conjunturais, derivadas da formação de interesses a nível das organizações estatais e societais e de seus aparelhos de representação política, que, embora determinados em largos traços pelo nível anterior, detêm graus de autonomia relativa e variável em cada conjuntura, em relação aos determinantes de ordem estrutural, o que implica o surgimento de especificidades na política analisada, só apreendidas nesse nível de análise;
- das realizações concretas derivadas da intervenção governamental considerada, de seu impacto em problemas socialmente relevantes e de sua influência nos níveis anteriores.

5.2 - O PERFIL DA POLÍTICA DE SAÚDE NOS ANOS 70 NO BRASIL

Após a discussão do conceito de perfil de intervenção, resta, para que seja possível concluir este trabalho, utilizarmos o ainda precário instrumental teórico-metodológico construído para uma síntese da política de Saúde nos anos 70.

Como ficou demonstrado, principalmente nos Capítulos 1, 2 e 3 deste trabalho, a intervenção estatal em Atenção à Saúde, no Brasil, possui nos anos 70 características marcantes e que a diferenciam daquela processada até meados dos anos 60.

Utilizando-se as categorias desenvolvidas para compor a noção de perfil de intervenção, pode-se resumir essas características da seguinte forma:

- o grau de centralidade política dessa intervenção setorial materializa-se num processo sem precedentes de centralização das decisões;
- as formas de adequação/articulação entre política econômica e política social expressam-se através da adoção de uma lógica que exige a auto-sustentação financeira da intervenção estatal em Saúde;
- os graus crescentes de complexidade organizacional, mais do que imprimirem maior racionalidade à política considerada permitem a ocorrência de um processo de privatização e de maximização de interesses particulares;
- a organização técnica e tecnológica, ao evoluir no sentido de uma maior "sofisticação", redundou na separação de redes de atendimento, com desequilíbrios importantes entre elas, e com evidente prejuízo para um atendimento integral em Atenção à Saúde;
- finalmente, os resultados observáveis dos serviços prestados nos levam a concluir pela baixa efetividade social da política, se

tomados os problemas de saúde que poderiam ser perfeitamente e quacionados a partir das ações que analisamos.

Mas vejamos com maior detalhe cada uma dessas caracterís-
ticas de modo a compor um perfil de intervenção que denominamos mé
dico-assistencial privatista com gerência estatal.

5.2.1 - Centralização de decisões e auto-sustentação financeira

Como demonstrou-se no Capítulo 2, se é verdade que a polí-
tica de saúde continuou se posicionando de forma central no elenco
de prioridades governamentais, em face do desenvolvimento social,
isso ocorre num contexto de centralização das decisões, na órbita
federal, retirando-se das esferas locais e regionais do Governo e
das organizações de representação de interesses das classes subal-
ternas a capacidade de interferência no processo de decisão e elei-
ção de prioridades e de controle sobre programas de intervenção.
Nesse movimento de centralização, uma determinada política de Aten-
ção à Saúde tem seus graus de centralidade política aumentados,
constituindo-se, ao longo da década dos 70, em instrumento bastan-
te utilizado pelas coalizações governantes, na demonstração de
suas preocupações com os segmentos mais pobres da população.

O processo de centralização do controle da política so-
cial em saúde é, por sua vez, condição necessária⁽¹⁰⁾ para que se
constitua uma segunda característica marcante dessa política: a sua
auto-sustentação financeira, ou, em outras palavras, a necessidade
de os consumidores dos serviços de saúde pagarem por aquilo que re-
cebem. Essa característica diz respeito à forma específica que a
adequação/articulação da política econômica com a política social
apresenta no setor Saúde, e em alguns outros setores importantes da
intervenção estatal no campo social, como por exemplo Habitação e
Saneamento Básico.

Como vimos no pós-64, e mais especificamente no pós-67,
altera-se o esquema geral de financiamento das ações estatais atra-
vés de reformas gerais - administrativa, tributária, financeira -

que irão contemplar, no caso das políticas sociais, a unificação da Previdência Social, a criação do Banco Nacional de Habitação, o estabelecimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, o salário-educação etc. Com isso, logra-se, de maneira inequívoca, o aumento dos poderes tributário e financeiro do Estado Brasileiro, para o enfrentamento das questões sociais por intermédio de políticas abrangentes e de amplitude nacional.

No entanto, o aumento do poder financeiro estatal não se traduziu na criação de estruturas de financiamento para o desenvolvimento social, a partir do orçamento fiscal ou de qualquer outro tipo de mecanismo que subsidiasse esse tipo de intervenção. Tem-se, ao contrário, a montagem de mecanismos de financiamento sustentados a partir de contribuições compulsórias que, no caso da política de Atenção à Saúde, penalizam direta e indiretamente a massa assalariada. Em síntese, adotou-se uma regra de ouro: "os assalariados de vem pagar por aquilo que recebem".

No caso da política em Atenção à Saúde existem setores onde os recursos originam-se do orçamento fiscal, como por exemplo as ações realizadas no âmbito do Ministério da Saúde e das Secretarias Regionais e Locais de saúde. A análise realizada mostra porém que, no decorrer dos anos 70, o gasto realizado por essas organizações é irrisório ante o volume de recursos despendidos em programas de assistência médica no interior do complexo de Previdência e Assistência Social brasileiro, o atual Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS. E é exatamente o mecanismo de financiamento das ações do SINPAS que se descreve, de forma sumária, na referência à "regra de ouro".

Na análise do gasto estatal em Saúde feita no Capítulo 3, como a dimensão que nos permite visualizar a articulação da política social com a econômica, concluiu-se que, objetivamente, só houve um avanço no desenvolvimento de programas de intervenção nas áreas onde foi possível montar um esquema financeiro relativamente autônomo de recursos advindos do orçamento fiscal, e que poderia ter continuidade sem o comprometimento maior de recursos de outra

natureza a não ser, nesse caso específico, o oriundo das receitas geradas pela própria massa previdenciária.

Portanto, a política econômica brasileira no período em análise, já em si mesma antagônica aos interesses das classes subalternas, manifestou-se no plano das políticas sociais de maneira também "perversa", através da regra, determinada pelo próprio Governo, de criação de mecanismos de auto-sustentação financeira das políticas sociais. Desse modo, impõe-se uma articulação em que a política econômica subordinou a seus desígnios a política social, ampliando ainda mais sua regressividade e excludência.

5.2.2 - Privatização e maximização de interesses particulares

O aumento dos graus de centralidade política da intervenção estatal em Saúde - manifesto no processo de centralização do controle estatal com ausência de participação popular e a questão da auto-sustentação financeira - manifesta na autonomia relativa da política de assistência médica previdenciária - têm como decorrência o surgimento de um terceiro tipo de fenômeno, que marcou a intervenção estatal em Saúde nos anos 70.

Tal fenômeno refere-se à ocupação dos núcleos centrais de articulação do processo decisório estatal por conexões que se formam entre os interesses particulares de determinados segmentos burocráticos, constituídos para a gestão dos programas de saúde, e os interesses de diferentes setores empresariais especializados na produção de bens e serviços consumidos pela população, através desse tipo de intermediação estatal. Em outras palavras, foi característico da política de Saúde, no período em análise, o fenômeno de maximização de interesses particulares, sejam eles burocráticos ou empresariais, em detrimento, na maior parte das vezes, dos interesses da população consumidora dos serviços de saúde.

Esse fenômeno marcou o formato de organização particular da intervenção estatal, ou seu grau de complexidade organizacional. De um lado, ocorreu a concentração do poder de decisão dos des

tinhas da política de Saúde nas mãos de uma grande organização e de suas coalizações dirigentes, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, oriundo de um desdobramento do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS. De outro lado, ocorreu o fenômeno da privatização da política social em saúde, aqui entendido como a maximização dos interesses de um complexo empresarial prestador de serviços de saúde e produtor de insumos (medicamentos e equipamentos hospitalares) utilizados por esses serviços. Esse complexo empresarial passa a ser, efetivamente como vimos ao longo dos anos 70, o real prestador dos serviços de saúde. Tais recursos são transferidos predominantemente pela contratação dessas organizações privadas pelo complexo previdenciário para o desenvolvimento de seus programas.

Poderia parecer ingênuo esperar, na vigência de um sistema de produção capitalista, que não houvesse articulações entre a esfera pública e privada e que o gasto realizado através da primeira não se destinasse a dinamizar o desenvolvimento da segunda. Entretanto, o que acaba de ser descrito não se trata exclusivamente de um processo dessa ordem. Trata-se, também, de uma articulação que, sob cobertura de uma maior racionalidade técnica na estruturação da intervenção estatal, possibilitou dada a ausência de controle público sobre as ações do Estado e dado o aumento dos recursos destinados a programas de assistência médica, a locupletação total e completa de interesses particulares e imediatistas.

Deriva daí a escolha de prioridades e de programas de atuação que não se pautaram de forma alguma pelas necessidades de atendimento por parte da população, mas sim pelos interesses de obtenção de maior rentabilidade econômica e política na ótica de empresários e burocratas.

Nesse perfil de intervenção estatal, o complexo médico-empresarial passou a ser o real executor da política de Saúde, em detrimento de uma série de outras organizações públicas, em outras esferas de governo e na própria esfera federal. Essas organizações foram, paulatinamente, obtendo cada vez menos recursos financeiros para sua ação, decorrentes, de um lado, da diretriz de

auto-sustentação financeira, e de outro, das conexões burocráticas entre os dirigentes dos programas de assistência médico-previdenciária e os "empresários" médicos, não conseguindo ampliar, conseqüentemente, seus programas de atuação, que se deterioraram de forma geral.

A consequência do processo descrito para o desenvolvimento das ações das organizações públicas que atuam no setor Saúde, além da diminuição de suas capacidades de ação, é o fato de elas passarem a vincular-se aos programas de assistência médica-previdenciária, fonte quase exclusiva de captação de recursos. Desse modo, tem aumentado ainda mais o poder de indução da burocracia previdenciária nas decisões centrais para as políticas e programas do setor, dado o seu controle quase absoluto sobre o mecanismo real de financiamento das ações em Atenção à Saúde.

Além disso, a utilização das organizações do setor público na prestação de serviços de assistência médico-previdenciária tem funcionado como um mecanismo de escoamento da demanda por serviços de saúde, que aumenta como resultado da ampliação da cobertura da Previdência Social e da própria deterioração das condições de vida da população, de modo a não criar pressões financeiras insuportáveis às finanças previdenciárias, visto o mecanismo de pagamento (nesse caso os convênios de pré-pagamento) ser muito mais controlável do que o utilizado nos contratos com o setor privado (pagamento com base nas unidades de serviço).

5.2.3 - A separação das redes de atendimento

A análise da organização técnica dos serviços de saúde, associadas ao conjunto de determinantes político-econômicos até aqui sintetizados nas três características anteriormente descritas do perfil de intervenção, fez emergir uma outra: a dicotomização das redes de atendimento. De um lado, articulam-se o INAMPS (anteriormente o INPS) e o complexo médico-empresarial, focando sua atenção no atendimento médico-hospitalar. Esse tipo de atendimento foi predominante, representando a verdadeira política de Atenção à Saúde dos anos 70. Nele, assegurou-se o amplo predomínio da em

presa médica.

De outro lado, mantiveram-se, a níveis secundário e marginal, as ações em Atenção à Saúde de natureza preventiva, aqui denominadas ações de atenção médico-sanitárias. Essas ações, de responsabilidade do Ministério da Saúde e órgãos subordinados, a nível de esfera federal, e das Secretarias de Saúde, a níveis regional e local, ficaram restritas, como vimos no capítulo 2, principalmente, ao desenvolvimento de campanhas sanitárias e de ações referidas ao atendimento materno-infantil, sem no entanto desenvolverem-se de forma contínua e articulada ao atendimento médico-hospitalar, o que por sua importância deveria ter ocorrido.

A predominância do pólo de atenção médico-hospitalar proporcionou o desenvolvimento dinâmico da rede hospitalar privada, com predominância de seu segmento lucrativo, que, por suas próprias características de funcionamento, acabou se concentrando em regiões mais desenvolvidas, provocando desequilíbrios inter e intra-regionais em termos de distribuição geográfica, cobertura de atendimento e formação de recursos humanos. Além disso, ocorreu uma "sofisticação" desnecessária da rede privada de atendimento, dado o fato de, no perfil vigente, remunerarem-se de forma vantajosa, através do Complexo Previdenciário, principal comprador de serviços do setor privado, atos médicos que requeiram para sua realização equipamentos mais complexos.

Cabe lembrar, em relação a esse aspecto, que a "sofisticação", aqui, não corresponde portanto à "existência de uma rede complexa, diferenciada e bem equipada, a nível médico-hospitalar, operada pelo setor privado". Observou-se muito mais a existência de desequilíbrios resultantes da ausência de uma política estatal mais consistente, que ordenasse o crescimento da rede de equipamentos, de modo a abarcar os problemas médico-sanitários e hospitalares que assolam a população.

A "sofisticação" refere-se, portanto, à ação do setor privado, maximizando as oportunidades de obter-se maior rentabili

dade nos serviços de saúde produzidos, aproveitando as facilidades estatais a nível do financiamento da base técnica e da compra de serviços, sem que necessariamente estivesse sendo montada uma rede de atendimento, a nível médico-hospitalar, estruturada, hierarquizada e bem distribuída em termos geográficos.

Além disso, a predominância da ação do setor privado na operação dos serviços de saúde limitou a própria expansão das unidades hospitalares públicas, que encontraram dificuldades para a obtenção de recursos até para sua manutenção, deteriorando-se e apresentando graus de ociosidade elevados.

No caso dos equipamentos públicos para o atendimento médico-sanitário, também não ocorreu uma expansão significativa na disponibilidade de unidades sanitárias, o que acaba reforçando ainda mais o desequilíbrio na organização da rede de serviços de saúde, do ponto de vista de sua complexidade tecnológica. Ocorre, portanto, o completo afastamento de uma organização técnica da rede de serviços, que atenda aos princípios fundamentais de uma correta política de saúde. Isso porque, para a obtenção de um atendimento integral, precoce, ligado às necessidades nosológicas da população e baseado na equipe de saúde, as unidades médico-sanitárias é que deveriam constituir-se no suporte principal das ações governamentais, atuando de forma integrada com o atendimento médico-hospitalar. Em síntese, ocorreu uma expansão do setor privado em um determinado nível de atendimento, inibindo-se a própria expansão e utilização da rede pública, o que traz como consequência a própria desintegração e desarticulação internas dessa última.

5.2.4 - Baixa efetividade social

Finalmente, a última característica que marca a política de Atenção à Saúde ao longo dos anos 70 é a sua baixa efetividade social, ou em outras palavras, a sua baixa capacidade para resolver os problemas de saúde que a população apresenta.

As análises existentes sobre o quadro de saúde da popula

ção, ao longo da década dos 70, como vimos no Capítulo 3, indicam, que, a despeito da inegável complexificação do conjunto de políticas governamentais de corte social e do notável vigor do crescimento econômico brasileiro, esse quadro ainda pode ser considerado insatisfatório.

As causas já foram abordadas anteriormente, de forma sintética, quando se tentou demonstrar a inexistência de uma adequação/articulação entre a política econômica do Governo e as políticas estatais de corte social; as características da complexidade tecnológica e organizacional da política estatal em Atenção à Saúde, que termina por beneficiar mais quem produz os insumos e os serviços de saúde do que seus usuários; e os graus de centralidade muito específicos que a política de assistência médica previdenciária assume em detrimento de ações de natureza médico-sanitária, constituindo-se em um elemento auxiliar e temporário de ampliação das bases políticas da coalização governante, mesmo sem reverter-se em ganhos materiais para as classes trabalhadoras, em especial para os segmentos de mais baixa renda e que fossem proporcionais aos recursos despendidos.

Cabe repetir aqui que não se pretendeu atribuir à política estatal em Atenção à Saúde a responsabilidade exclusiva pelo quadro de saúde e condições de vida a que se encontra submetida a população brasileira. É notório que muitos fatores externos ao setor Saúde tais como, a distribuição da renda, as condições de trabalho, de transporte, de moradia, de saneamento básico etc., têm uma influência mais significativa no comportamento de tal situação. Entretanto, o perfil assumido pela política estatal em Atenção à Saúde tem potencializado ainda mais os fatores causadores do quadro de condições de vida a que a população está submetida, fazendo com que mesmo os problemas possíveis de serem resolvidos em seu âmbito de atuação permaneçam existindo.

5.2.5 - Etapas de desenvolvimento e linhas de reordenamento da política

A política estatal em Atenção à Saúde, com as características

ticas aqui delineadas, conformando um determinado perfil de intervenção, denominado de médico-assistencial privatista com gerência estatal, apresentou ao longo dos anos 70, três etapas distintas. A primeira delas, que se estende até 1973, significou a predominância desse perfil num contexto de sucesso aparente de um estilo de desenvolvimento econômico captado através da expressão "milagre brasileiro" e nos marcos de uma situação autoritária estável e fortemente limitativa às possibilidades de emergência de críticas ao processo de decisão e implementação dessa e de outras políticas de governo. As contradições inerentes à ordenação da intervenção estatal, segundo o perfil descrito, quase não são objeto de questionamento público, restringindo-se o conflito político derivado de pressões para sua transformação e/ou manutenção aos fatores sociais com acesso ao processo decisório estatal: os burocratas do próprio setor Saúde, com predominância daqueles ligados ao complexo previdenciário, e os empresários ligados à produção de bens e serviços que consolidam por sua vez diferenças e alianças.

Na segunda etapa, iniciada em 1974, a partir do Governo Geisel, e que se estendeu até 1980, continua predominando, na definição dos rumos da ação estatal no campo da saúde, os interesses do segmento médico-empresarial. Entretanto, começa a ocorrer, de forma progressiva, o questionamento da predominância de tais interesses. Esse processo de questionamento se manifesta no alargamento dos loci de debate sobre os resultados da ação estatal no campo social em geral e no de Atenção à Saúde em particular. Esse movimento se torna possível graças às mudanças que ocorrem no cenário político-econômico mais geral, e que se caracterizam pela tentativa de retorno à normalidade institucional da vida política no País, pelo reconhecimento cada vez mais explícito da necessidade de reordenação simultânea do próprio estilo de desenvolvimento econômico adotado e finalmente pelo mergulho progressivo do País em uma crise econômica de dimensões profundas, no bojo de uma crise do próprio capitalismo a nível internacional.

Por razões de ordens econômica, política e social, sur

giram condições para que novos atores políticos, até então marginalizados do processo decisório estatal, pudessem gradualmente organizar-se e passar a pressionar pela formulação de políticas estatais de novo corte. Nesse sentido, ocorreu a alteração de um processo de disputa que, se até então se centrava na luta interburocracias e entre estas e determinados segmentos privados, passou a incorporar também organizações representativas de interesses da sociedade, que se colocavam em oposição ao regime.

Tais transformações, contudo, não se traduzem em alterações substanciais da política social em saúde. De maneira gradativa, as transformações nos cenários político, econômico e social vão propiciando a emergência de um conjunto de problemas e questões, que acabam levando ao esgotamento do perfil médico-assistencial privatista da política de Saúde no final dos anos 70.

Numa terceira etapa, já no início dos anos 80, coloca-se como alternativa real a constituição de uma rede única de atendimento, integrada, hierarquizada e regionalizada - com ênfase no atendimento médico-sanitário -, mais descentralizada em sua gestão e com outros mecanismos de financiamento.

Nessa etapa de transição e ainda em curso, dois determinantes passam a ter peso significativo no processo de escolha dos novos rumos da política estatal em Atenção à Saúde. Em primeiro lugar, transparece no discurso oficial a importância política da continuidade de expansão da política social em saúde, sem queda nos níveis de atendimento e cobertura já alcançados. Em segundo lugar, a forma de enfrentamento e administração da crise econômica em que o País mergulha acabam significando a opção por um conjunto de diretrizes de política econômica, que, simultaneamente, vão agravando as condições de vida da população de mais baixa renda e obstaculizando a expansão ou mesmo a continuidade do gasto estatal no campo social, em todas as suas vertentes até mesmo naquelas que apresentavam capacidade de auto-sustentação financeira.

A esses condicionantes se agrega outro problema, de natureza interna à dinâmica do setor Saúde. Como realizar um conjunto de mudanças que significam, em síntese, que determinados interesses do setor privado prestador de serviços e da própria burocracia previdenciária não serão mais contemplados como até então, enquanto a rede pública, principalmente no campo médico-sanitário, deverá passar a cumprir outro papel mais relevante.

Ao se esgotarem, como dissemos, as condições básicas de sustentação do perfil médico-assistencial privatista, na medida em que passa a ser impossível a harmonização entre fenômenos derivados da centralidade política que as ações em saúde passam a assumir, pelos ângulos do Governo e população, das restrições ao gasto impostas pela política econômica adotada, e dos interesses particulares de burocratas e empresários da medicina, recolocam-se velhos e novos problemas de difícil equacionamento.

Num novo perfil, como vimos, parece verificar-se a ocorrência de algumas transformações importantes, tais como:

- a integração e a expansão das redes a cargo do setor público;
- o atendimento de uma parte crescente da demanda por serviços de saúde pelo setor público através de convênios firmados entre as secretarias locais e estaduais de saúde e o INAMPS, e que implicam a transferência de um volume de recursos importante para a operação dessas redes;
- alterações nas formas de relacionamento entre o setor público (INAMPS) e o setor privado, tanto no que diz respeito a modificações na forma de remuneração e volume de recursos transferidos, quanto no tipo de serviços a serem prestados pelos últimos (predominantemente nos níveis secundário e terciário);
- uma maior e melhor cobertura para a população nos três níveis de atendimento.

Tais transformações, de magnitude considerável e especialmente difíceis num momento de crise, esbarram para viabilizar-se num conjunto de constrangimentos, dos quais citaremos alguns.

Inicialmente, é preciso considerar as marchas e contramarchas do processo sempre lento e difícil de transformação da estrutura de funcionamento do setor público na direção de uma rede bem equipada, com recursos humanos e materiais, integrada e bem distribuída regionalmente.

Em segundo lugar, deve-se considerar as dificuldades técnicas, operacionais e políticas da implantação das novas formas de relacionamento do INAMPS com o setor privado.

Em terceiro lugar, verificam-se dificuldades semelhantes para obter-se o funcionamento simultâneo e cooperativo das redes públicas e privadas, de maneira a possibilitar um atendimento superior em quantidade e qualidade àquele prestado até o momento.

Note-se que se trata de problemas acerca dos quais ainda é pouca a experiência técnico-administrativa e política dos agentes públicos e privados encarregados do planejamento, operação e avaliação dos serviços, o que significa necessariamente um processo de "muito ensaio e vários erros".

O maior constrangimento, entretanto, não se encontra vinculado a essa ordem de problemas, os quais, por si só, demandariam uma fase de transição lenta, ainda com custos financeiros elevados e realizada de forma gradual para tornar-se irreversível.

O maior problema é que, se a maioria dos fenômenos que compunham o perfil médico-assistencial privatista começam a se alterar em direções promissoras, as fontes de financiamento do setor de Atenção à Saúde experimentam uma "quase implosão". É ocioso repetir aqui as causas das quedas brutais dos níveis de gasto público e o "beco quase sem saída" do Complexo Previdenciário. O que não é ocioso repetir são os efeitos dessa face de adequação/articulação

ção da política econômica e da política social na configuração da transição para um novo perfil de intervenção estatal em Atenção à Saúde.

Em poucas palavras, mais importante do que realizar os processos de descentralização e desconcentração dos comandos; de integração da rede; de regionalização; de estabelecimento de novas formas de relação entre o público e o privado, é o processo de contenção de gastos a nível do orçamento fiscal e no âmbito do Complexo Previdenciário, que vem sendo realizado pelo Governo Federal, direta e indiretamente.

Essa parece ser a diretriz política principal que rege as mudanças comandadas pela esfera federal de governo. Utiliza-se, aparentemente como "camuflagem" e justificativa, um conjunto de idéias, princípios e doutrinas ainda pouco "amadurecidos" do ponto de vista operacional, contudo rigorosamente corretos. Em simultâneo, porém, coloca-se em prática um conjunto de medidas que visam à contenção de gastos, quando pelas dificuldades já apontadas seria necessário um tempo longo para serem corretamente implantadas, exigindo um volume de recursos a curto e médio prazos, equivalentes ou superiores àqueles despendidos até início dos anos 80.

Corre-se, portanto, o risco de se ver ou "abortado" prematuramente um conjunto de boas idéias acerca dos princípios e fins de uma política estatal em Atenção à Saúde, ou de assistir-se a uma implantação ainda mais desordenada de novos procedimentos e de novas unidades, que pouco contribuiriam para a melhoria de atendimento ao usuário dos serviços. Além, obviamente, do ônus de desacreditarem-se completamente os níveis regionais e locais de governo ante a opinião pública, dado que estes são os principais responsáveis pela mudança que se inicia.

Ainda é difícil analisar quais serão os contornos precisos da realidade futura, dado o dinamismo do processo de mudança que a crise impõe e o rápido esgotamento das alternativas que num

passado recente pareciam indestrutíveis. Trata-se, portanto, de um momento onde é necessário repensar a política social e a de Atenção à Saúde como um todo, questionando até mesmo aqueles caminhos que sempre pareceram os mais variáveis. Tudo isso, se for possível sobreviver à crise que aí está.

NOTAS

- (1) A noção de "questão social" é aqui entendida segundo a linha de argumentação desenvolvida por Braga (1978). Segundo este autor, a noção de questão social apreende fenômenos complexamente determinados, sendo que "a gênese e transformação desses fenômenos constituem manifestações concretas das formas através das quais se reproduzem as relações sociais de produção... (manifestando-se além disso) nas práticas políticas e ideológicas e (constituindo-se tendencialmente)... em objeto de política do Estado". Ainda segundo este autor, "o desenvolvimento capitalista... constitui, como questões sociais, entre outras, aqueles processos relacionados à formação e reprodução da força de trabalho para o Capital. E num mesmo movimento constitui o Estado no organismo por excelência a regular e responder a tais questões. Ao fazê-lo, o Estado, como Estado capitalista e nacional, amplia-as, atribuindo-lhes um caráter geral e universal. No Brasil, o caráter tardio do desenvolvimento capitalista coloca precocemente ao Estado tais problemas. Tanto porque o Estado antecipa-se ao movimento das forças sociais, assumindo práticas que 'classicamente' pertenciam à iniciativa das classes, quanto porque, mesmo nas primeiras etapas de sua formação, deve minimamente atuar como Estado Nacional. Assim pensada a questão social...(é possível)...apreender diferentes processos e suas respectivas políticas de regulação distribuídas por diferentes planos: o da regulação do mercado de trabalho e do processo de trabalho (política de migração, legislação trabalhista, política salarial, regulação da jornada de trabalho etc.); o da normatização da atividade política (organização e controle sindical, legislação do direito à greve etc.); o da composição do consumo dos assalariados (saúde, habitação, educação etc.); o da composição das 'rendas de trabalho' (como, por exemplo, o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS, Programa de Assistência dos Servidores Públicos - PASEP)", (p. 179).

- (2) A tentativa de construção da noção de perfil de intervenção beneficia-se das idéias e dos conceitos desenvolvidos nos trabalhos de Abranches (1978) cap. I; Viola (1978) cap. II, III e IV, O'Donnel e Oszlak (1974), Santos (1979) cap. 3, Braga e Goes de Paula (1981) cap. I, II e III, Boschi e Cerqueira (1978) cap. I e Martins (1977) cap. I da 2ª parte. Obviamente, a responsabilidade pelas definições efetuadas e articulações propostas, bem como as inconsistências desse esquema ainda em brionário, é do autor deste trabalho.
- (3) Essa questão é desenvolvida a partir de perspectivas diferenciadas em Marshall (1967), Rimlinger (1971) e Gough (1979), entre outros.
- (4) Para uma análise da evolução histórica dessa problemática no Brasil, veja-se Santos (1979), Cohn (1980) e Braga e Goes de Paula (1981).
- (5) Entenda-se, neste trabalho, por hegemonia social a capacidade que uma classe tem de impor à sociedade como um todo seus interesses de longo prazo, o que conforma a estrutura vigente de dominação. Cf. Abranches (1978), p. 37.
- (6) Para uma análise detalhada das formas de regime político, consulte-se Viola (1978).
- (7) Análises sobre essas relações podem ser encontradas em Nogueira (1976), Arouca (1975), Donnangelo e Pereira (1976), entre outros.
- (8) Uma análise exemplar sobre esse aspecto, realizada para o caso da questão educacional, pode ser encontrada em Salm (1981).
- (9) A proposição dessas variáveis apóia-se no esquema interpretativo sugerido por Abranches (1978) na segunda parte do capítulo I.
- (10) O processo de centralização propicia mecanismos mais complexos e poderosos de arrecadação e constituição dos novos fundos sociais, além de facilitar o manejo dos montantes arrecadados de

forma relativamente autônoma por parte das autoridades econômi-
cas em relação a qualquer controle por parte da sociedade, na
quilo que diga respeito às operações financeiras, ou de outra
natureza, efetuadas.

BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, M.H.Tavares de. Estado e classes trabalhadoras no Brasil; 1930-1945. São Paulo, 1978. mimeo. (Tese dout. Dep. Ciências Sociais F.F.L.C.H., USP).
- ALMEIDA, T.R. Raposo de et alii. Reformulação do modelo assistencial médico. São Paulo, ABRANGE, 1980. 291p.
- ALMEIDA, W. & CHAUTARD, J.L. FGTS; uma política de bem-estar social. Rio de Janeiro, IPEA/INPES, 1976. 159p. (Relatório de Pesquisa, 30).
- ANDRADE, A.C. Política social no Brasil. Brasília, CNRH, IPEA, 1977. 121p.
- ANDRADE, R.C. Política social e normalização institucional. s.l., 1980. 23p. mimeo.
- ASSISTÊNCIA à saúde no Brasil; sumário analítico e proposição de modelo de atuação do setor público. Brasília, CIPLAN, MPAS, MS, 1980. mimeo.
- BARAT, A.M. Estudo de gastos do setor público com a função saúde. Rio de Janeiro, PAPPE/MS, 1973. 38p. Anexos.
- BERQUÓ, E. Evolução da população brasileira e implicações futuras: apresentação da plenária. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 3º, Vitória, 11-15 out. 1982. Anais. São Paulo, ABEP, 1982. pp. 3-9.
- BOLETIM ESTATÍSTICO - FUNRURAL. Brasília, 1975-1978.
- BRAGA, J.C. Os desequilíbrios financeiros e do balanço de pagamentos; uma reflexão sobre políticas de estabilização no Brasil. São Paulo, FUNDAP, 1982. 51p. mimeo. Anexos.
- A questão da saúde no Brasil; um estudo das políticas sociais em saúde pública e medicina previdenciária no desenvolvimento capitalista. Campinas, 1978. mimeo. (Tese mestrado Instituto Fil. Ciênc. Hum., UNICAMP).

_____. Gasto público, política social e inflação. Folha de São Paulo, São Paulo, 29 março 1981. p.26.

_____. & PAULA, S.Gões de. Saúde e previdência; estudos de política social. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1981. 226p.

BRAGA, J.C. & SILVA.P.L. Barros. A crise previdenciária; sinais de impasse na política social do governo. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 9, Brasília, 1981. Anais. Brasília, ANPEC, 1981. v.2; p. 897-914.

CADERNOS FUNDAP. Finanças e empresas públicas. São Paulo, nº 3, março 1982.

CARDOSO, F. H. Autoritarismo e democratização. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1975. 240p.

_____. Os impasses do regime autoritário; o caso brasileiro. Estudos Cebrap, São Paulo, (26):169-174, 1980.

COHN, A. Previdência social e processo político no Brasil. São Paulo, Moderna, 1980. 245p.

CONSELHO CONSULTIVO DE ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE PREVIDENCIÁRIA, Rio de Janeiro. Plano de reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social. Rio de Janeiro, INAMPS, ago. 1982. 50p.

CONSOLIDAÇÃO plurianual de programas de governo, CPPG-1980-1985: Setor Saúde. Brasília, SEA, CNRH, IPEA, maio 1983. 55p.

CORDEIRO, H. As empresas médicas; um estudo sobre as transformações capitalistas da prática médica no Brasil. São Paulo, 1981. mimeo. (Tese dout. Dep. Med. Prev. Fac. Med., USP).

_____. & FIORE, J.L. Da medicina liberal à medicina empresarial; a organização da assistência médica no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, UERJ, 1980. 359p. mimeo. Relatório Final de Pesquisa Convênio FINEP/UERJ.

COUTINHO, L. Inflexões e crise da política econômica: 1974-1980. Revista de Economia Política, São Paulo, 1(1):77-100. 1982.

DONNANGELO, M.C.F. Medicina e sociedade. São Paulo, Pioneira, 1975. 174p.

DRAIBE, S.M. Rumos e metamorfoses; um estudo sobre a Constituição do estado e as alternativas da industrialização no Brasil. São Paulo, 1980. 526p. mimeo. (Tese dout. Dep. Ciências Sociais F.F.L.C.H., USP)

FAGNANI, E. As políticas de saneamento básico e habitação no Brasil. São Paulo, s.ed., 1982. 300p. mimeo.

FERRANTE, V.L.B. FGTS; ideologia e repressão. São Paulo, Ática, 1978. 419p.

FERREIRA, B. Relatório de avaliação do II PRONAN. Brasília, IPEA, CNRH, SEA, 1981. 93p.

FONSECA, Aloisio Salles. Plano do CONASP; implantação e avaliação Brasília, s.ed., 1984. Doc. apres. ao 1º Encontro Nacional da Previdência Social, Brasília, jan. 1984.

HEIDENHEIMER, A. & ELVANDER, N. ed. The shaping of the Swedish Health System. New York, St. Martin's Press, 1980. 245p.

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO ECONÔMICO E SOCIAL, Brasília. Realizações do Governo Geisel (1974-1978); a concepção e execução da estratégia social. Brasília, IPEA, CNRH, 1979. 263p.

JATENE, A. et alii. Assistência à saúde na região metropolitana de São Paulo - Brasil. São Paulo, s.ed. 1981. 88p. mimeo. Anexos.

LANDMANN, J. & QUADRA, A.A. Convênio MEC/INPS; fato, fábula e fantasia. Revista Paulista de Hospitais, São Paulo, 26(2): , 1978.

LEITE, C. Barroso & VELLOSO, L. Paranhos. Previdência social. Rio de Janeiro, Zahar, 1963. 265p.

LEVANTAMENTO do equipamento médico hospitalar importado: 1977-1980. Brasília, DNOSS, MS, 1980. mimeo.

LEZER, W. Crescimento da população da cidade de São Paulo entre 1950 e 1970 e seu reflexo nas condições de saúde pública. Ciência e Cultura, São Paulo, 27: 224-56, 1975.

LOLOIAN, A.J. Um estudo do Fundo PIS/PASEP. Campinas, 1980. 226p. (Tese mestrado Dep. Econ. Planej. Instituto Fil. Ciên. Hum., UNICAMP).

LOPES, L. Relatório de avaliação do programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS. Brasília, IPEA, CNRH, SEA, 1981. 38p.

LUZ, M.O. As instituições médicas no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1979. 295p.

MALLOY, J. The politics of social security in Brazil. Pittsburg, NPP, 1979. 200p.

MARTINS, C.E. Capitalismo de estado e modelo político no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1977. 425p.

_____. A evolução do autoritarismo e a transição para a democracia. São Paulo, 1981. mimeo (Tese dout. F.F.L.C.H., USP)

MELLO, C. Gentile de. Saúde e assistência médica no Brasil. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1977. 269p.

MELLO, J.M. Cardoso de. O capitalismo tardio. Campinas, 1975. mimeo. (Tese. dout. Dep. Econ. Planej. Instituto Fil. Ciên. Hum., UNICAMP).

_____. & BELUZZO, L. G. Reflexões sobre a crise atual. Escrita Ensaio, São Paulo, (2):16-27. 1977.

MULLER, G. Agricultura e alimentação no Brasil. São Paulo, CEBRAP, 1982. 52p. mimeo. Anexo.

- NOGUEIRA, R.P. Capital e trabalho nos serviços de saúde. Brasília, s.ed., 1976. 76p. mimeo.
- OLIVEIRA, F.B. & SILVA, C. Contribuições previdenciárias, sua estrutura e evolução. Conjuntura Econômica, Rio de Janeiro, 35(1): 70-77, jan. 1981.
- OLIVEIRA, J. Política social, acumulação e legitimidade; contribuição à história da previdência social no Brasil, 1923-1960. Rio de Janeiro, 1980. 426p. (Tese Mestrado. Inst. Med. Soc., UERJ).
- _____. O Sistema Nacional de Saúde. Saúde em Debate, São Paulo, (4):54-62, 1977.
- _____. et alii. O complexo previdenciário de assistência médica. Rio de Janeiro, FINEP, FIOCRUZ, 1978. 533p. mimeo. (Programa de Estudos Sócio-econômicos em Saúde).
- PEÇANHA, A. Fundação Serviços de Saúde Pública; um estudo de desenvolvimento institucional. Revista da Fundação SESP, Rio de Janeiro, 21(1):63-115, 1976.
- PELLEGRINI, A. et alii. PIASS; o relato e a análise de uma experiência. Brasília, s.ed., 1979. 34p.
- PENA, M.V.J. Saúde nos planos nacionais de desenvolvimento. Dados, Rio de Janeiro, (16):69-64, 1977.
- PIOLA, S.F. Controle das grandes endemias. Brasília, IPEA, CNRH, SEA, jan. 1981. 38p.
- PROGRAMA DE INVESTIGAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE - PIASS; termo de referência. Brasília, 1982. (Acordo MEC/MS/MPAS/OPAS)
- QUADRA, A. A. F. & CORDEIRO, H. Sistema Nacional de Saúde; antecedentes, tendências e barreiras. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 11(3): 15-28, jul/set. 1977.

- RELATÓRIO DO GRUPO INTERMINISTERIAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE. Brasília, mar. 1979. mimeo.
- RELATÓRIOS DE ATIVIDADES - FAS. Brasília, 1975-1980.
- RODRIGUES, B.A. & ALVES, A.L. Evolução institucional da saúde pública. Brasília, Ministério da Saúde, 1977. 64p. mimeo.
- SANTOS, N.R. Aspectos da organização e implantação do PIASS - Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento. Brasília, s.ed., 1977. 11p. mimeo.
- SANTOS, W.G. Cidadania e justiça. Rio de Janeiro, Campus, 1979. 138p.
- SAYEG, M. Correlações numéricas entre médicos e outros profissionais de nível superior. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 11:111-32, jul./set. 1977.
- SERRA, J. Crescimento econômico e condições de vida da população; notas sobre o caso do Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS - ABEP, 3, São Paulo, 1982. Anais. São Paulo, ABEP, 1982. p.51-77.
- _____. O sistema tributário brasileiro. São Paulo, CEBRAP, 1979. mimeo.
- SILVA, L.M.L. Aureliano da. No limiar da industrialização; estado e acumulação de capital (1919-1937). Campinas, 1976. mimeo. (Tese dout. Dep. Econ. Planej. do Instituto Fil. Ciênc. Hum., UNICAMP).
- SILVEIRA, M.M. Programação de saúde pública. s.l., s.ed. 1979. 28p. mimeo. Trab. apres. à 3ª Conferência Nacional de Saúde, s.l., 1963.
- SOUZA, A. & LAMOUNIER, B. Governos e sindicatos no Brasil; a perspectiva dos anos 80. Dados, Rio de Janeiro, 24(2):139-159, 1981.

TAUCHER, E. Chile mortalidad desde 1955 a 1975; tendencias e causas. Chile, CELADE, 1978. (CELADE, série A, 162).

TEIXEIRA, S.M.F. Assistência médica previdenciária; evolução e crise de uma política social. Rio de Janeiro, 1979. 183p. mimeo. Anexos. (Tese mestrado, IUPERJ).

VIANNA, S.M. Magalhães & PIOLLA, S.F. Política Social; setor saúde. Brasília, IPEA, IPLAN, CNRH, 1984. 59p. Doc. prep. ao Seminário sobre Política Social, Brasília, 1984.

YUNES, J. Evolução da mortalidade infantil e mortalidade infantil proporcional no Brasil. Pediatria, São Paulo, (3):42-53, 1981.

_____ & RONCHEZEL, V.S.C. Evolução da mortalidade geral infantil e proporcional no Brasil. Revista Saúde Pública, São Paulo, 8(supl.):3, 1984.

ANEXO ESTATÍSTICO

Tabelas 1 a 90

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

T A B E L A . 1

Participação do Ministério da Saúde na Despesa Geral da UNIÃO.

(1970 / 1980)

Exercício	Participação % da Despesa Realiza da pelo Ministério da Saúde
1970	1,1
1971	1,41
1972	1,19
1973	1,03
1974	0,94
1975	1,13
1976	1,58
1977	1,80
1978	1,81
1979	1,82
1980	1,38

Fonte: Balanços Gerais da União 1970 / 1980

Deflator Utilizado: IGP / DI Conjuntura Econômica

T A B E L A 2

Evolução da Despesa Realizada pelo Ministério da Saúde (1970 / 1980)

ANOS	em Cr\$ Milhões de 1980	
	RECURSOS FINANCEIROS	
	VALOR	Δ %
1970	7.195	- 0 -
1971	7.025	- 2,4
1972	7.393	5,24
1973	7.445	0,70
1974	7.441	- 0,05
1975	10.085	35,53
1976	16.244	61,07
1977	19.102	17,59
1978	19.892	1,81
1979	18.952	- 4,73
1980	16.390	- 13,52

Fonte: Balanços Gerais da União 1970 / 1980. Incluem as dotações orçamentárias mais os créditos especiais.

Deflator Utilizado: IGP / DI Coluna 2 Conjuntura Econômica.

TABELA 03

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Evolução dos Gastos Diretos por Unidades Orçamentárias

PROGRAMAS	A N O S			1970			1971			1972			1973			1974			1975			1976			1977			1978			1979			1980		
		%	△ %		%	△ %		%	△ %		%	△ %		%	△ %		%	△ %		%	△ %		%	△ %		%	△ %		%	△ %		%	△ %			
• Administração (1)	298	4,1	(100)	1.020	14,5		1.431	19,4	40,3	1.332	17,9	-6,9	1.246	16,7	-6,3	1.661	16,5	33,1	1.402	8,6	-15,6	2.795	14,6	99,3	1.342	6,7	-32,0	1.088	5,8	-18,9	795	4,8	-26,9			
• Secretaria Geral Entidades Supervisionadas	1.172	16,3		1.565	22,3		1.389	18,8	-11,2	1.574	21,1	13,3	1.997	26,8	27,0	2.906	28,8	45,5	5.876	36,2	102,2	7.431	38,9	26,5	8.311	41,8	11,8	8.112	42,8	-2,4	7.988	48,7	-1,5			
• Secretaria Nacional de Saúde (2)	2.000	27,8		2.634	29,0		2.092	28,3	2,8	1.929	26,0	-7,8	2.036	27,4	5,5	2.000	19,8	-1,8	4.313	26,6	115,6	3.796	19,9	-12,0	—			—			—					
• SUCOM	3.724	51,8		1.394	20,0		1.387	18,8	-0,5	2.482	33,3	79,0	2.037	27,4	-17,9	3.378	33,5	68,8	4.435	27,3	31,1	4.883	25,6	10,1	6.623	33,3	35,6	6.560	34,6	-1,0	5.131	31,3	-21,8			
• Coordenadorias Regionais de Saúde (3)	—			1.012	14,4		1.094	14,8	8,1	128	1,7	-88,3	123	1,7	-4,0	140	1,4	13,8	214	1,3	52,8	197	1,0	-8,0	315	1,6	59,9	392	2,1	24,4	368	2,4	-1,6			
• Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária	—			—			—			—			—			—			—			—			278	1,4	—	206	1,1	25,9	160	1,0	-22,0			
• Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde	—			—			—			—			—			—			—			—			253	1,3	—	220	1,2	-13,1	148	0,9	-32,7			
• Secretaria Nacional de Projetos Especiais de Saúde	—			—			—			—			—			—			—			—			2.770	13,8	—	2.374	12,5	-14,3	1.780	10,9	-25,0			
• TOTAL	7.195	100		7.025	100	-2,4	7.393	100	5,2	7.445	100	0,7	7.441	100	-0,1	10.065	100	35,5	16.244	100	61,1	19.102	100	17,6	19.892	100	4,1	18.952	100	-4,7	16.390	100	-13,5			

FONTE: Balanços Gerais da União (1970 - 1980)

(1) No item Administração foram incluídas as seguintes U.Os: Gabinete do Ministro, Secretaria Geral, Inspeção Geral de Finanças, Consultoria Jurídica, Departamento de Administração, Divisão de Segurança e Informação e Departamento de Pessoal.

(2) No item Secretaria Nacional de Saúde foram incluídos os gastos da Secretaria de Assistência Médica, extinta pelo Decreto nº 74.891, de 13/11/1974. Por esse diploma legal, ficaram automaticamente transferidas para a Secretaria Nacional de Saúde (ini-
cialmente denominada Secretaria de Saúde Pública) as dotações orçamentárias consignadas à Secretaria de Assistência Médica. Por
sua vez, em 1975, extinguiu-se a Secretaria Nacional de Saúde (D. 79.356 de 30/12/75), ficando seus recursos orçamentários e fi-
nanciários remanejados para os três novos órgãos criados: Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, de Ações Básicas de Saú-
de, de Projetos Especiais de Saúde.

(3) As despesas realizadas pelas Delegacias Federais de Saúde foram incluídas no item Coordenadorias Regionais de Saúde, criadas pe-
lo Decreto nº 74.891, de 13/11/74. A subordinação das Delegacias Federais de Saúde às Coordenadorias de Saúde ficou estabeleci-
da pela Portaria nº 373 de 30/07/75.

TABELA 04

EVOLUÇÃO DO GASTO PÚBLICO EM SAÚDE E SANEAMENTO DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA (UNIÃO, ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS DAS CAPITAIS) E INDÍCIOS (SINPAS)
(1970 - 1980)

(em Cr\$ milhões de 1980)

ANOS	1970	%	Δ %	1971	%	Δ %	1972	%	Δ %	1973	%	Δ %	1974	%	Δ %	1975	%	Δ %	1976	%	Δ %	1977	%	Δ %	1978	%	Δ %	1979	%	Δ %	1980	%	Δ %
UNIÃO (Função Saúde/Saneamento)	15.322	15,13	—	15.654	14,72	2,17	15.879	12,81	1,44	19.808	13,24	24,75	19.962	12,29	0,78	22.558	10,01	13,01	22.735	8,46	0,79	30.016	10,74	32,03	35.103	11,33	16,95	36.980	12,36	5,35	28.847	9,89	-21,91
ESTADOS E DIST. FEDERAL (Função Saúde/Saneamento)	22.705	22,42	—	25.770	23,76	13,50	32.447	26,17	25,91	37.487	25,06	15,54	39.964	24,60	6,61	57.734	25,61	44,47	60.303	22,43	4,45	57.602	20,60	-4,48	63.665	21,20	14,00	64.445	21,56	-1,85	62.638	21,47	-2,80
MUNICÍPIOS DAS CAPITAIS (Função Saúde/Saneamento)	2.084	2,06	—	2.612	2,46	25,34	3.299	2,65	26,31	3.972	2,65	20,40	4.057	2,50	2,34	12.686	5,59	20,73	11.034	4,10	-12,47	11.701	4,19	6,05	11.601	4,39	16,24	14.160	4,73	4,11	13.512	4,62	-7,11
SINPAS (Setor Saúde)	61.176	60,40	—	62.329	58,60	1,89	72.395	58,38	16,15	83.341	59,05	22,03	98.482	60,61	11,46	132.550	58,79	34,62	174.808	65,01	31,88	180.252	64,47	3,12	195.340	63,07	8,37	183.582	61,36	-6,02	186.773	64,01	1,74
T O T A L	101.287	100	—	106.365	100	5,02	124.020	100	16,60	149.608	100	20,64	162.445	100	8,58	225.448	100	38,75	268.980	100	19,27	279.571	100	3,98	309.709	100	10,78	299.167	100	-3,40	291.770	100	-2,67

FONTES: Balanços Gerais da União (1970 - 1980)
Balanços do INPS (1972 - 1977)
Balanços do INAMPS (1978 - 1980)
SINPAS - Grupo de Custeio, MPAS, 1977
PCE - Anuário Estatístico do Brasil (1982)

Deflator Utilizado: IGP/DI

TABELA 05

EVOLUÇÃO DO GASTO DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA E INDIRETA EM SAÚDE* EM RELAÇÃO À EVOLUÇÃO DO PIB POR ENTIDADE E NO TOTAL (1974 - 1980)

(em Cr\$ milhões de 1980)

ANOS	1974	%	Δ %	1975	%	Δ %	1976	%	Δ %	1977	%	Δ %	1978	%	Δ %	1979	%	Δ %	1980	%	Δ %
1. Administração Direta																					
Função Saúde/Saneamento (União, Estados e Municípios) das Capitais	63.983	0,78	—	92.898	1,02	45,2	94.072	0,92	1,27	99.319	0,92	5,58	114.369	1,00	15,16	115.585	0,93	1,07	104.997	0,8	-9,16
Ministério da Saúde*	7.441	0,09	—	10.085	0,11	35,5	16.224	0,16	61,1	16.102	0,18	17,6	19.292	0,17	1,8	18.952	0,15	-4,7	16.930	0,13	-13,5
2. Administração Indireta																					
SINPAS (INAMPS)	92.462	1,21	—	132.550	1,46	34,6	174.808	1,71	31,8	180.252	1,67	3,0	195.340	1,70	8,6	183.582	1,47	-6,0	186.773	1,43	1,6
3. TOTAL	162.445	1,99	—	225.448	2,49	38,75	268.880	2,62	19,27	279.571	2,59	3,98	309.709	2,70	10,78	299.167	2,40	-3,40	291.770	2,23	-2,47
4. PIB	8.152.946	100	—	9.068.776	100	11,2	10.249.419	100	13,0	10.798.871	100	5,3	11.487.779	100	6,4	12.478.805	100	8,6	13.104.283	100	5,0

FONTE: PIB - "As Contas Nacionais até 1980" - Apêndice à Conjuntura Econômica, dez./81

Balanços Corais da União (1974 - 1980)

SINPAS - Grupo de Custeio, MPAS (1977)

Balanços do INPS (1974 - 1977)

Balanços do INAMPS (1978 - 1980)

FIBCE - Anuário Estatístico do Brasil (1982)

Deflator Utilizado: IGP/DI

(*) O gasto do Ministério da Saúde já se encontra incluído na Função Saúde/saneamento, sendo colocado na Tabela somente para fins comparativos.

NOTA: As % são em relação ao PIB

TABELA 06

PIASS - ESTIMATIVA DOS RECURSOS

(Em Cr\$ milhões de 1976)

ANOS FONTES	1976	1977	1978	1979	TOTAL
MS	200	250	300	350	1.100
FAS	300	300	300	300	1.200
INAN	100	200	300	400	1.000
PIN	150	150	200	200	700 ⁽¹⁾
TOTAL	750	900	1.100	1.250	4.000

FONTE: Em nº 229/CDS de 18/08/76 - Anexo

(1) Inclui os Cr\$ 200 milhões a serem aplicados através do POLONORDESTE (Cr\$ 50 milhões em cada ano).

TABELA 07

PIASS - DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS POR ESTADOS E FONTES DE RECURSOS PARA IMPLANTAÇÃO DA REDE BÁSICA DE UNIDADES SANITÁRIAS
(1977 - 1979)

(Em Cr\$ milhões correntes)

ESTADOS	1977		1978		1979	
	MS	PIN/SEPLAN ⁽¹⁾	MS	PIN/SEPLAN ⁽²⁾	MS	PIN/SEPLAN ⁽³⁾
Maranhão	1,66	5,50	1,3	26,80	2,95	34,99
Piauí	0,90	23,00	1,8	48,30	0,46	33,71
Ceará	1,86	47,02	2,3	72,90	2,47	51,62
Rio Grande Norte	1,80	20,01	1,7	33,70	3,34	35,00
Paraíba	2,36	30,59	0,8	48,90	2,64	36,00
Pernambuco	2,00	24,29	1,1	64,60	2,52	59,95
Alagoas	1,20	11,07	1,1	25,00	1,75	33,00
Sergipe	0,50	3,00	1,0	8,80	1,75	8,00
Bahia	2,30	60,56	1,6	72,67	5,13	73,00
Minas Gerais	—	24,97	2,9	24,40	3,0	30,00
TOTAL	14,58	250,00	16,0	426,07	26,02	395,27

FONTE: Lopes, L - "Relatório de Avaliação do PIASS", CNRH/IPEA, 1981

Elaboração Pesquisa UNICAMP/FINEP

OBS.: Os recursos do MS destinam-se à organização e manutenção das Equipes Técnicas Estaduais e os recursos do PIN para a expansão da rede básica de unidades sanitárias.

(1) Do total alocado em 1977, só foram liberados pela SEPLAN, Cr\$ 105,3 milhões. Deste montante liberado só aplicou-se neste ano Cr\$ 18,93 milhões, ou seja, 7,6% e 18% respectivamente do total de recursos alocados e liberados para o Programa.

(2) O volume de recursos desta coluna refere-se ao saldo existente de recursos liberados e não aplicados em 1977 (Cr\$ 86,38 milhões) mais a dotação destinada ao programa no ano de 1978 (Cr\$ 339,69 milhões).

(3) O volume de recursos desta coluna refere-se ao saldo de recursos liberados e não aplicados em 1978 (Cr\$ 165 milhões) mais a dotação do programa em 1979 (Cr\$ 230 milhões).

TABELA 08

PIASS - DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS ALOCADOS PARA A
IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA
(1976 - 1980)

(Em Cr\$ milhões correntes)

ESTADOS \ A N O S	ACUMULADO 1976 a 1979	ALOCACÃO INICIAL 1980
Maranhão	1,80	50,00
Ceará	3,21	60,00
Piauí	0,51	35,00
Rio Grande do Norte	2,69	50,00
Paraíba	0,23	40,00
Pernambuco	3,23	95,00
Alagoas	—	40,00
Sergipe	—	35,00
Bahia	14,86	135,00
Minas Gerais	7,20	60,00
TOTAL	33,75	600,00

FONTE: Lopes, L - "Relatório de Avaliação do PIASS",
CNRH/IPEA, 1981

PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
 CONSOLIDAÇÃO DE DESPESAS - 1976/1979
 (Valores correntes de 1976 - Em Cr\$ 1.000,00)

SUBPROGRAMAS E PROJETOS	A N O S				TOTAL
	1976	1977	1978	1979	
<u>SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR</u>	<u>1.652.372</u>	<u>1.882.953</u>	<u>2.277.400</u>	<u>2.847.858</u>	<u>8.660.583</u>
. Gestantes, Nutrízes e crianças menores de 7 anos	584.500	720.441	1.014.400	1.568.581	3.887.922
. Escolares de 7 a 14 anos	1.067.872	1.162.512	1.263.000	1.279.277	4.772.661
<u>RACIONALIZAÇÃO DA PRODUÇÃO DE ALIMENTOS</u>	<u>438.000</u>	<u>724.000</u>	<u>998.000</u>	<u>1.007.283</u>	<u>3.167.283</u>
<u>ATIVIDADES DE COMPLEMENTAÇÃO E APOIO</u>	<u>245.558</u>	<u>297.103</u>	<u>63.272</u>	<u>55.638</u>	<u>661.571</u>
. Combate às Carências Nutricionais	11.099	16.000	20.000	22.226	69.325
. Desenvolvimento de Tecnologia	1.522	1.264	27.512	26.912	57.211
. Estudos e Pesquisas	22.763	21.938	8.870	—	53.571
. Capacitação de Recursos Humanos	5.009	7.901	6.890	6.500	26.300
. Implementação Rede de Distribuição	205.164	250.000	—	—	455.164
T O T A L *	2.335.930	2.904.056	3.338.672	3.910.779	12.489.437

* Os valores desta linha passam a ser Cr\$ 3.150, Cr\$ 4.480, Cr\$ 7.003, Cr\$ 9.977 e Cr\$ 24.611 milhões quando são incorporadas as estimativas de dispêndio decorrentes dos mecanismos de incentivo a Programas de Alimentação do Trabalhador.

TABELA 10

PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
 FONTES DE RECURSOS - 1976/1979
 (Valores Correntes de 1975 - Em Cr\$ 1.000,00)

F O N T E S	1976	1977	1978	1979	TOTAL
RECURSOS DA UNIÃO	<u>1.700.038</u>	<u>2.571.956</u>	<u>2.970.672</u>	<u>3.450.779</u>	<u>10.693.465</u>
• <u>Orçamentários</u>	<u>1.217.658</u>	<u>2.012.956</u>	<u>2.350.672</u>	<u>2.830.779</u>	<u>8.412.065</u>
Ministério da Saúde - INAN	316.869	673.534	634.752	880.502	2.505.657
Ministério da Saúde e Coordenação de Proteção Materno Infantil	45.000	55.000	18.000	18.000	136.000
Ministério da Previdência e Assistência Social	283.196	379.010	557.920	863.000	2.083.126
Ministério Educação Cultura-CNAE	182.000	605.412	670.000	594.227	2.051.639
Ministério da Agricultura	140.593	300.000	470.000	475.000	1.385.593
Encargos Gerais da União	250.000	—	—	—	250.000
• <u>Não Orçamentários</u>	<u>482.400</u>	<u>559.000</u>	<u>620.000</u>	<u>620.000</u>	<u>2.281.400</u>
Banco do Brasil/BNCC (Crédito Agríc.)	255.000	324.000	390.000	390.000	1.359.000
PAS (Recursos não Restituíveis)	200.000	225.000	225.000	225.000	875.000
FINEP	27.400	10.000	5.000	5.000	47.400
• <u>Outras Fontes</u>	<u>635.872</u>	<u>332.100</u>	<u>368.000</u>	<u>460.000</u>	<u>1.795.972</u>
Estados, DF, Territórios, Municípios	335.872	332.100	368.000	460.000	1.495.972
Empréstimos Externos	300.000	—	—	—	300.000
T O T A L	2.335.930	2.904.056	3.338.672	3.910.779	12.489.437

TABELA 11

RECURSOS DISPENDIDOS EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (1978 - 1980)

(em Cr\$ milhões de 1980)

Á R E A S	FONTE DE RECURSOS	Ó R G Ã O	1978	1979	1980
. Alimentação Escolar e Ma nut. de rest.p/educandos	Tesouro FAS	MEC/INAE/UNIV. —	1.889,50 —	1.619,87 1.606,00	1.716,94 1.250,00
. Suplem. Alimentar	Tesouro FAS	MS/INAN	1.583,30 972,85	1.473,06 431,39	1.609,56 1.266,74
. Estímulo ao Prog.de Pro- dução de Alim. Básicos	Tesouro Extra/orçamento	MS/INAN	249,36 966,14	169,37 576,75	93,91 471,87
. Combate a carências nu - tricionais específicas	Tesouro Extra/orçamento	MS/INAN	24,69 —	10,02 —	0,87 —
. Complementação Alimentar	Tesouro SINPAS/IAPAS FAS	MPAS/LBA	246,91 — 344,44	— 2,81 804,00	— 897,00 —
. T O T A L	—	—	6.277,18	6.693,28	7.307,09
. Recursos gastos pelo SIN PAS em atenção médico-hospit.	SINPAS/IAPAS	INAMPS	195.340	183.582	186.773

FONTES: IPEA/CPPG, 1982, pág. 268

Pesquisa UNICAMP/FINEP, Tabela 04

TABELA 12

INPS - DESPESAS CORRENTES DO PROGRAMA SAÚDE* (EM CR\$ MILHÕES 1980)

BRASIL

ANO	TOTAL (1)	△ %	ADM. ESPEC. (2)	△ %	ASS. AMBUL. (3)	△ %	ASS. HOSP. (4)	△ %	AM. ACIDENT. (5)	△ %
1967	27.120	- 0 -	3.018	- 0 -	6.312	- 0 -	17.790	- 0 -	- 0 -	- 0 -
1968	29.391	8,3	578	- 0 -	6.701	6,2	21.316	19,8	786	- 0 -
1969	42.739	45,4	1.277	- 0 -	10.993	64,1	28.712	34,7	1.757	123,4
1970	52.868	23,0	1.145	- 0 -	15.778	43,4	33.567	16,9	2.388	35,9
1971	53.402	1,0	1.070	- 0 -	16.460	- 0 -	33.110	- 0 -	2.772	- 0 -
1972	58.925	10,3	1.218	13,8	19.118	16,1	35.007	5,7	3.582	29,7
1973	73.824	25,3	1.495	22,8	23.822	24,6	44.290	26,5	4.217	17,7
1974	81.028	9,8	1.970	31,8	26.242	10,2	48.002	8,4	4.814	14,2
1975	107.068	32,1	2.947	49,6	38.218	45,6	60.330	25,7	5.573	15,8
1976	145.796	36,2	3.304	12,1	55.013	43,9	81.749	35,5	5.730	2,8
1977	140.147	-3,9	3.097	-6,3	57.724	5,0	73.641	-10,0	5.685	-0,8

R E L A Ç Õ E S

ANO	2/1	3/1	4/1	5/1	3/4
1967	11,1	23,3	65,6	0,0	35,5
1968	2,0	22,8	72,5	2,7	31,4
1969	3,0	25,7	67,2	4,1	38,3
1970	2,2	29,8	63,5	4,5	47,0
1971	2,0	30,8	62,0	5,2	49,7
1972	2,1	32,4	59,4	6,1	54,6
1973	2,0	32,3	60,0	5,7	53,7
1974	2,4	32,4	59,2	5,9	54,6
1975	2,8	35,7	56,3	5,2	63,3
1976	2,3	37,7	56,1	3,9	67,2
1977	2,2	41,2	52,5	4,0	58,4

(*) Inclui despesas com Assistência Médica ao Acidentado do Trabalho

FONTES: Braga, J.C. e Goes de Paula, S. - op. cit., página 100 para os anos de 1967 a 1976

Balanços do INPS - 1977

Deflator Utilizado: IGP/DI

TABELA 13

INPS - DESPESAS COM ASSISTÊNCIA MÉDICA E COMPARAÇÃO COM O TOTAL DAS DESPESAS E RECEITAS (Cr\$ MILHÕES DE 1980)

ITENS	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977
Receita Total	130.032	159.936	184.202	197.768	219.339	255.396	315.549	353.536	420.411	498.104	515.608
Despesa Total	122.902	158.072	175.800	200.916	212.056	246.914	287.196	313.903	391.607	478.743	508.675
Despesas Correntes	121.263	154.705	172.710	198.347	209.393	244.796	283.957	311.240	385.166	466.177	502.249
Ass. Médica	27.120	29.391	42.739	52.868	53.402	58.925	73.824	81.028	107.068	145.796	140.147
Despesas de Capital	1.639	3.367	3.090	2.569	2.663	2.118	3.238	2.663	6.440	12.505	6.426
Capital na A.Médica	- o -	- o -	- o -	231	168	296	457	557	1.911	4.868	3.230

Dados Extraídos da Tabela Acima
ASSISTÊNCIA MÉDICA EM RELAÇÃO AO TOTAL DAS DESPESAS

ITENS	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977
Despesas Correntes A. M. sobre o Total das Despesas Correntes	22,4	19,0	24,8	26,7	25,5	24,1	26,0	26,0	27,8	31,3	27,9
Despesas de Capital AM sobre o Total das / Despesas de Capital	0,0	0,0	0,0	9,0	6,3	14,0	14,1	20,9	29,7	39,0	50,3
Total das Despesas / com A.Médica sobre o Total das Despesas	22,1	18,6	24,4	26,5	25,3	24,0	25,9	26,0	27,8	31,5	28,2

OBS.: Os dados referentes à Receita e Despesa Totais incluem salário-família dos segurados, a contribuição para salário-família dos segurados e as receitas e despesas do plano básico.

FONTES: Braga, J.C. e Goes de Paula, S. - op.cit. - página 102

Balanco Geral do INPS de 1977

TABELA 14

FUNRURAL - RECEITA E DESPESA (1972 - 1977)
(em milhões Cr\$ de 1980)

A N O I T E N S	1972			1973			1974			1975			1976			1977		
		%*	△%		%	△%		%	△%		%	△%		%	△%		%	△%
<u>RECEITA</u>	22.915	100		32.019	100	39,7	40.176	100	25,5	43.187	100	7,5	51.167	100	18,5	58.508	100	14,3
Contribuições Sociais	22.472	98,1		31.150	97,3	38,6	38.479	95,8	—	42.060	97,4	—	48.269	94,3	—	54.462	93,1	—
Contribuição da União	- o -	—		- o -	—	—	- o -	—	—	24	0,1	—	- o -	—	—	- o -	—	—
Receita Patrimonial	281	1,2		571	1,8	103,2	1.277	3,2	123,6	942	2,2	-76,2	2.464	4,8	161,6	3.337	5,7	35,4
Outras Receitas	162	0,7		298	0,9	84,0	420	1,0	41,0	161	0,4	-62,0	434	0,8	169,6	709	1,2	63,4
<u>DESPESAS</u>	14.655	64,0		27.603	86,2	88,3	41.684	103,8	51,0	45.118	104,5	8,2	55.955	109,4	24,0	62.326	106,5	11,4
Pessoal e Adm. Geral (a)	958	4,2		1.529	4,8	60,0	1.573	3,9	3,0	1.818	4,2	15,6	2.489	4,9	37,0	3.189	5,4	28,0
Benefícios	9.934	43,4		20.744	64,8	9,0	31.925	79,5	54,0	31.462	72,9	-1,5	40.127	78,4	27,5	44.700	76,4	11,4
Saúde (b)	3.763	16,4		5.308	16,6	41,0	8.174	20,3	54,0	11.837	27,4	45,0	13.328	26,0	12,6	14.350	24,5	8,0
Assistência (c)	- o -	0,0		22	0,1	—	12	0,0	—	1	0,0	—	11	0,0	—	87	0,1	—
<u>SUPERAVIT (DEFICIT)</u>	8.260	36,0		4.416	13,8	—	(1.508)	13,8	—	(1.931)	4,5	—	(4.788)	(9,4)	—	(3.818)	(6,5)	—

(*) Da Receita Total

(a) Referente às Funções Benefício, Saúde e Assistência

(b) Somente despesas específicas: Ass. Ambulatorial e Hospitalar

(c) Somente despesas específicas.

FONTES: Braga, J.C. e Goes de Paula, S. - op.cit. - página 104

Funrural - Boletim Estatístico, 1978

Deflator Utilizado: IGP/DI

TABELA 15

INAMPS - DESPESAS CORRENTES E DE CAPITAL DO PROGRAMA SAÚDE (1978 - 1980)

BRASIL

(em milhões Cr\$ de 1980)

ITENS	1978 ⁽¹⁾	%	1979	%	△ %	1980	%	△ %
DESPESAS CORRENTES	160.505,7	98,67	166.682,4	99,18	4,0	174.546,5	98,59	5,0
• Administração Específica da A.Médica ⁽²⁾	459,1	0,28	3.122,0	1,85	- 0 -	2.614,4	1,47	-16,3
• Assistência Hospitalar	87.338,6	53,69	87.991,8	52,35	1,0	93.602,5	52,87	6,4
Ass. Psiquiátrica	7.928,0	4,87	7.529,0	4,48	-5,0	7.525,3	4,25	-0,05
Ass. Fisiológica	1.798,0	1,10	1.396,0	0,83	-22,0	1.347,2	0,76	-3,0
Ass. Hospitalar-Cirúrgica	41.222,5	25,34	39.337,5	23,34	-5,0	44.045,0	24,87	12,0
Ass. Médico-Hospitalar à Maternidade	12.062,0	7,41	11.971,2	7,12	-1,0	11.100,0	6,26	-7,0
Ass. Hospitalar Clínica Médica	24.336,1	14,96	27.858,1	16,57	14,0	29.585,0	16,71	6,0
• Assistência Ambulatorial ⁽³⁾	66.636,0	40,97	70.341,6	41,85	6,0	73.284,5	41,39	4,0
Ass. Ambulatorial	53.318,5	32,77	56.725,0	33,75	6,0	56.762,5	32,06	0,07
Ass. Odontológica	2.351,0	1,44	3.356,2	1,99	43,0	3.602,1	2,03	7,0
Ass. Médica Geral	8.692,5	5,34	8.426,4	5,01	-3,0	7.419,5	4,19	-12,0
Farmácia	2.177,0	1,33	1.834,0	1,09	-16,0	3.640,1	2,05	98,0
Serviços Básicos em Saúde	- 0 -	- 0 -	- 0 -	- 0 -	- 0 -	1.860,3	1,05	- 0 -
• Assistência Médica ao Acidentado	6.052,0	3,72	5.227,0	3,11	-14,0	5.045,1	2,84	-3,0
DESPESAS DE CAPITAL	2.161,5	1,32	1.374,2	0,81	-36,0	2.490,2	1,40	81,0
DESPESA TOTAL	162.667,2	100	168.056,6	100	3,0	177.036,7	100	5,0

(1) Os dados para o ano de 1978 foram retirados do Boletim Orçamentário da Despesa. Compreendem as despesas com Assistência Médica do antigo INPS, de janeiro a março e, do INAMPS, de abril a dezembro. Estão, desta forma sub-estimados, pois não englobam as despesas com Assistência Médica do ex-FUNRURAL e do IPASE no período de janeiro a março.

(2) O item Administração Específica só aparece no ano de 1978 no período de janeiro a março, derivando daí seu valor muito inferior aos anos subsequentes. Além disso, nos anos de 1979 e 1980 foi agregado a este item, as despesas com Treinamento e Capacitação de Recursos Humanos.

(3) No item Assistência Ambulatorial, aparece a partir de abril de 1978, as despesas com Assistência Odontológica, até então inexistentes no item Assistência Ambulatorial do antigo INPS. Em 1980, agregou-se neste item as despesas com Serviços Básicos em Saúde e, que envolvem Serviços Elementares e Primários.

FONTES: Boletins Orçamentários da Despesa do INPS e INAMPS de 1978

Balancos Gerais do INAMPS (1978 - 1980)

Deflator Utilizado: IGP/DI

TABELA 16

SINPAS: DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA EM

COMPARAÇÃO COM O TOTAL DAS RECEITAS E DESPESAS (1978 - 1980)

BRASIL

(em milhões Cr\$ de 1980)

I T E N S		1978	%	1979	%	1980	%
RECEITA GERAL		658.343,8	100	671.722,0	100	636.003,0	100
DESPESA GERAL (1)		655.306,9	99,5	665.628,0	99,1	682.814,0	107,4
INPS		431.658,9	65,6	458.176,0	68,2	464.415,0	73,0
INAMPS (2)		195.339,7	29,7	183.582,0	27,3	186.773,0	29,4
Desp.Correntes A.Médica (3)		160.505,7	24,4	166.682,4	24,8	174.546,5	27,4
Desp.Capital A.Médica (4)		2.161,5	0,3	1.374,2	0,2	2.490,2	0,4
IAPAS		21.233,5	3,2	14.610,0	2,2	20.236,0	3,2
LBA		5.183,6	0,8	7.278,0	1,1	8.738,0	1,4
FUNABEM		1.891,1	0,3	1.982,0	0,3	2.652,0	0,4
Relações entre Despe	2/1	29,8		27,6		27,3	
sa Geral do SINPAS	3/1	24,5		25,0		25,6	
e as Despesas com							
Assistência Médica	4/1	0,3		0,2		0,4	

FONTE: Balanços Gerais do FPAS e Balanços Gerais do INAMPS (1978 a 1980)

Deflator Utilizado: IGP/DI

TABELA 17

ESTIMATIVA DA EVOLUÇÃO DAS DESPESAS COM ASSISTÊNCIA MÉDICA
DO COMPLEXO PREVIDENCIÁRIO

(em Cr\$ milhões de 1980)

ANOS	DESP. GERAL - INAMPS		DESP. ESPECÍFICAS DE A.MÉDICA		
	VALOR	%	VALOR	% S/DES.GERAL	%
1970	61.176	- o -	54.302	88,76	- o -
1971	62.329	1,88	55.208	88,57	1,67
1972	72.395	16,15	65.019	89,91	17,77
1973	88.341	22,03	80.287	90,88	23,48
1974	98.462	11,46	88.465	89,94	10,18
1975	132.550	34,62	117.559	88,69	32,89
1976	174.808	31,88	156.251	89,38	32,91
1977	180.252	3,11	157.727*	87,50	0,94
1978	195.340	8,37	162.667	83,27	3,13
1979	183.582	-6,02	168.057	91,54	3,31
1980	186.773	1,74	177.037	94,78	5,34

FONTE: SINPAS - Grupo de Custeio, Documento de Trabalho, 1978
(Mimeo)

Balancos Gerais do INAMPS - 1978 a 1980

OBS.: Valores Aproximados

DEFLATOR UTILIZADO: IGP/DI

* Neste ano sô estão computadas as despesas específicas com assistência médica do INPS e do FUNRURAL

TABELA 18
 ASSISTÊNCIA MÉDICA - INPS
 Despesas com Serviços Próprios e Não Próprios (1)
 (1972 - 1977)
 (em milhões Cr\$ de 1980)

ANO	SERVIÇOS PRÓPRIOS	%	SERVIÇOS Ñ PRÓPRIOS	%	TOTAL
1971					
1972	11.372	19,3	47.406	80,7	58.978
1973	15.990	21,6	57.917	78,4	73.907
1974	18.161	22,4	62.909	77,6	81.070
1975	29.602	27,6	77.475	72,4	107.077
1976	45.594	31,3	100.202	68,7	145.796
1977	45.774	32,7	94.374	67,3	140.148

(1) Incluem as despesas com Assistência Médica ao Acidentado do Trabalho

FONTE: Balanços Gerais do INPS (1972 - 1977)

TABELA 19
 ASSISTÊNCIA MÉDICA - INAMPS
 Despesas com Serviços Próprios e Não Próprios (1)
 (1978 - 1980)
 (em milhões Cr\$ de 1980)

ANO	SERVIÇOS PRÓPRIOS	%	SERVIÇOS Ñ PRÓPRIOS	%	TOTAL
1978	41.445	25,8	119.060	74,2	160.505
1979	36.877	22,1	129.804	77,9	166.681
1980	39.975	23,0	134.571	77,0	174.546

(1) Incluem as despesas com Assistência Médica ao Acidentado do Trabalho

FONTE: Boletim Orçamentário da Despesa - 1978

Balanços Gerais do INAMPS (1978 - 1980)

TABELA 20

ESTIMATIVA DA EVOLUÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS DESPESAS TOTAIS DO INAMPS GASTAS POR CLIENTELA E ADMINISTRAÇÃO
1970 - 1980

ANO	CL. URBANA	CL. RURAL	SERV. PÚBLICO	CARENTES	ADMINISTRAÇÃO	DESPESA TOTAL
1970	84,8	- o -	3,2	0,8	11,2	100,0
1971	84,1	- o -	3,5	1,0	11,4	100,0
1972	79,8	5,2	4,0	0,8	10,2	100,0
1973	80,7	6,0	3,4	0,8	9,1	100,0
1974	77,8	8,3	3,1	0,7	10,1	100,0
1975	76,1	8,9	3,1	0,6	11,3	100,0
1976	78,8	7,6	2,5	0,4	10,6	100,0
1977	78,1	8,4	2,2	0,5	10,8	100,0
1978	79,1	6,4	1,3	0,9	12,3	100,0
1979	80,9	7,8	1,2	0,1	10,0	100,0
1980 ⁽¹⁾	84,72	8,07	- o -	- o -	6,1	100,0

FONTE: SINPAS - Grupo de Custeio, Documento de Trabalho, 1978 (Mimeo)

Balanços Gerais do INAMPS - 1978 a 1980

(1) Neste ano só foi possível obter-se separação entre a clientela urbana, rural e serviços administrativos. Desta forma a clientela urbana inclui os servidores públicos e os carentes.

TABELA 21
EVOLUÇÃO DA COMPOSIÇÃO DAS RECEITAS DO COMPLEXO PREVIDENCIÁRIO
B R A S I L
(1970 a 1980)

ANOS FONTES	1 9 7 0	1 9 7 1	1 9 7 2	1 9 7 3	1 9 7 4
Contribuições Compulsórias	176.540,21 % = 84,60	194.068,94 % = 83,44 Δ % = 9,93	249.696,00 % = 85,42 Δ % = 28,66	315.731,88 % = 87,05 Δ % = 26,45	360.390,33 % = 88,81 Δ % = 14,14
Outras Receitas	11.219,12 % = 5,38	12.981,20 % = 5,58 Δ % = 15,62	13.986,24 % = 4,78 Δ % = 7,82	16.193,56 % = 4,47 Δ % = 15,78	17.186,61 % = 4,24 Δ % = 6,13
Transferências da União	20.920,90 % = 10,02	26.496,92 % = 10,98 Δ % = 26,65	28.641,60 % = 9,80 Δ % = 8,09	30.756,42 % = 8,48 Δ % = 7,38	28.207,62 % = 6,95 Δ % = 8,29
Receita Global	208.680,23 % = 100	232.592,56 % = 100 Δ % = 11,46	292.323,84 % = 100 Δ % = 25,68	362.681,86 % = 100 Δ % = 24,07	405.784,56 % = 100 Δ % = 11,83

ANOS FONTES	1 9 7 5	1 9 7 6	1 9 7 7	1 9 7 8	1 9 7 9	1 9 8 0
Contribuições Compulsórias	423.655,76 % = 88,21 Δ % = 17,55	480.637,30 % = 88,04 Δ % = 13,45	533.262,32 % = 89,68 Δ % = 10,95	579.157,04 % = 87,97 Δ % =	618.630,00 % = 92,10 Δ % = 16,01	582.687,00 % = 91,62 Δ % = -5,81
Outras Receitas	26.635,80 % = 5,55 Δ % = 54,98	31.366,20 % = 5,75 Δ % = 17,76	19.204,36 % = 3,23 Δ % = -38,77	39.938,36 % = 6,07 Δ % = 107,96	19.896,00 % = 2,96 Δ % = -50,18	20.177,00 % = 3,17 Δ % = 1,41
Transferências da União	29.988,98 % = 6,24 Δ % = 6,31	33.916,00 % = 6,24 Δ % = 13,09	42.163,68 % = 7,09 Δ % = 24,38	39.248,44 % = -5,96 Δ % = -6,96	33.196,00 % = 4,94 Δ % = -15,42	33.139,00 % = 5,21 Δ % = 0,17
Receita Global	480.280,54 % = 100 Δ % = 18,36	545.919,50 % = 100 Δ % = 13,67	594.650,35 % = 100 Δ % = 8,93	658.343,84 % = 100 Δ % = 10,71	671.722,00 % = 100 Δ % = 2,03	636.033,00 % = 100 Δ % = -5,32

(1) Excluindo os Encargos Previdenciários da União que passaram a ter trânsito orçamentário somente em 1980, a participação da União em 1980 passa a ser de 3,45 da Receita Global.

FONTES: 1- Mensário Estatístico INPS, ano XXV, nºs 298/300 - out/dez. 1977
2- Mensário Estatístico INPS, nº especial 1977
3- Boletins Estatísticos do FUNRURAL (1975 a 1978)
4- SINPAS: Grupo de Custeio; docum. de trabalho, 1978
5- Balanços do FPAS (1978 a 1980)

Deflator Utilizado: IGP/DI (coluna 2) Conjuntura Econômica

TABELA 22

INPS - RESUMO DOS BALANÇOS ECONÔMICOS (RETIFICADOS) (EM % DA RECEITA TOTAL)

		1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977
RECEITA		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	<u>Receitas Correntes</u>	99,9	99,7	99,7	99,6	99,4	99,1	99,7	99,9	99,9	100,0	99,9
	Receita Tributária	85,5	84,3	85,6	87,7	87,0	87,7	89,1	91,1	89,9	85,8	90,8
	Receita Patrimonial	0,3	0,3	0,0	0,1	0,1	0,2	0,4	0,1	2,3	2,2	0,5
	Receita Industrial	2,4	0,0	0,8	0,4	0,3	0,4	0,3	0,3	0,2	0,1	0,0
	Transferências Correntes	9,2	8,8	8,5	7,4	7,7	7,6	6,6	5,4	4,8	4,7	6,0
	Receitas Diversas	2,5	6,3	4,8	4,0	4,3	3,2	3,3	3,0	2,7	7,2	2,6
	<u>Receita de Capital</u>	0,1	0,3	0,3	0,4	0,6	0,9	0,3	0,1	0,1	0,0	0,1
DESPESA		94,5	98,8	95,4	101,6	96,7	96,7	91,0	89,3	93,1	96,1	98,6
	<u>Despesas Correntes</u>	93,3	96,7	93,8	100,3	95,5	95,8	90,0	88,6	91,6	93,6	97,4
	Despesas de Custeio	32,5	32,6	32,6	34,7	32,2	29,7	28,4	28,0	31,2	34,5	32,2
	Transferências Correntes	60,8	64,1	61,1	65,6	63,3	66,1	61,6	60,6	60,5	59,1	65,2
	<u>Despesas de Capital</u>	1,3	2,1	1,7	1,3	1,2	0,8	1,0	0,8	1,5	2,5	1,2
SUPERAVIT		5,5	1,2	4,6	-1,6	3,3	3,3	9,0	10,7	6,9	3,9	1,4

FONTES: Braga, J.C. e Goes de Paula, S. - op. cit. página 106 para os dados até 1976

Balanço Geral do INPS de 1977

TABELA 23
FUNRURAL: EVOLUÇÃO % DA COMPOSIÇÃO DA RECEITA DE CONTRIBUIÇÕES
(1972 - 1977)
BRASIL

ANO	2% SOBRE A PRODUÇÃO RURAL (1)	2,4% SOBRE A FOLHA DE SALÁRIOS DAS EMPRESAS VINCULADAS AO INPS	TOTAL
1972	35,3	64,7	100
1973	36,1	63,9	100
1974	27,6	72,4	100
1975	36,5	63,5	100
1976	37,0	63,0	100
1977	34,4	65,6	100

(1) Elevada para 2,5% a partir de julho de 1975, a fim de atender ao pagamento dos Benefícios por Acidentes do Trabalho.

FONTE: Boletins Estatísticos do FUNRURAL 1975 a 1978

TABELA 24

EVOLUÇÃO DA DÍVIDA DA UNIÃO (1974-1980)

(em Cr\$ mil correntes)

ANO	SALDO EXERC. ANT.	PESSOAL	ADMINIS TRAÇÃO	SOMA	RECEBIDO	SALDO DEVEDOR
1974	2.790.683	2.201.895	951.141	5.943.719	1.717.970	4.225.749
1975	4.225.749	4.387.015	1.649.944	10.262.708	2.432.188	7.830.520
1976	7.830.520	7.751.828	2.908.936	18.491.284	3.825.930	14.665.354
1977	14.665.354	10.031.879	4.540.095	29.237.328	7.233.291	22.004.037
1978	22.004.037	14.860.317	7.469.390	44.333.744	10.638.400	33.695.344
1979	33.695.344	22.932.197	14.614.800	71.242.341	13.367.634	56.874.707
1980	56.874.707	42.178.059	20.845.752	119.898.518	20.702.780	99.195.738

FONTE: IAPAS / MPAS

TABELA 25
EVOLUÇÃO DA DÍVIDA DA UNIÃO PARA COM O SINPAS
(1974 - 1980)

(em Cr\$ milhões de 1980)

ANO	SALDO EXERC. ANT.	PESSOAL	ADMINIS TRAÇÃO	SOMA	RECEBIDO	SALDO DEVEDOR
1974	39.572	24.243	10.472	74.287	18.915	55.372
1975	55.372	37.816	14.222	107.410	20.965	86.445
1976	86.445	47.286	17.744	151.475	23.338	128.475
1977	128.475	42.936	19.432	190.843	30.958	159.885
1978	159.885	45.768	23.006	228.659	32.766	195.893
1979	195.893	45.864	29.230	270.987	28.735	242.252
1980	242.252	42.178	20.846	305.276	20.703	284.573

FONTE: IAPAS / MPAS

TABELA 26

MONTANTE DA DÍVIDA DAS EMPRESAS, ÓRGÃOS PÚBLICOS: FEDERAIS, ESTADUAIS,
MUNICIPAIS E ENTIDADES ESPORTIVAS, PARA COM O IAPAS - 1980

DISCRIMINAÇÃO	FASE ADMINISTRATIVA	FASE JUDICIAL	TOTAL
Empresas Privadas	8.818.506.460	7.855.329.882	16.673.836.342
Órgãos do Poder Público			
. Federais	237.272.059	32.460.467	269.732.526
. Estaduais	383.740.800	40.799.490	424.540.290
. Municipais	349.534.683	-20.601.113	370.135.796
. Entidades Esportivas	18.063.512	11.225.211	29.288.723
T O T A I S	9.807.117.514	7.960.416.163	17.767.533.672

FONTE: IAPAS / SAF - Coordenadoria de Infrações e Dívida Ativa

TABELA 27

"ENDIVIDAMENTO" DO SINPAS JUNTO À REDE BANCÁRIA (*)

- saldo médio negativo mensal -
(bilhões, a preços de abril de 1981)

	1979	1980	1981
Janeiro	38,2	1,7	77,6
Fevereiro	30,6	8,1	66,8
Março	25,5	13,1	67,9
Abril	27,4	14,4	70,4
Maio	31,6	15,8	-
Junho	27,3	14,9	-
Julho	42,5	24,9	-
Agosto	46,3	27,7	-
Setembro	37,6	28,7	-
Outubro	31,9	39,2	-
Novembro	23,6	32,6	-
Dezembro	7,9	59,5	-

(*) A queda do saldo médio devedor no fim de 1979 e na maior parte do ano de 1980 explica-se pela introdução de um novo convênio entre a Previdência e os Bancos que diminui o saldo negativo artificial produzido pela separação das contas de pagamento dos benefícios e de recebimento das contribuições. Esta separação estanque das contas permite que os bancos girem com os recursos recebidos (antes da data de recolhimento) e, de outro lado, cobrem juros sobre o saldo devedor da conta de pagamentos. Este artifício foi parcialmente reduzido pelo novo convênio.

FONTE: IAPAS - MPAS

Inflator: IGP/DI

TABELA 28

ANÁLISE PATRIMONIAL E DE RESULTADOS DO FUNDO DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO SOCIAL

	1976	%	1977	%	Δ %	1978	%	Δ %	1979	%	Δ %	1980	%	Δ %
FAS - DEM. DE RESULTADOS														
Receitas														
Juros	264.179	20,4	1.017.476	25,3	285,15	1.655.328	23,8	62,70	1.780.076	21,8	7,50	1.241.648	19,5	-30,20
Correção Monetária	1.028.741	79,6	2.989.499	74,7	190,60	5.282.385	76,2	76,70	6.373.790	78,2	20,60	5.128.313	80,5	-19,50
T O T A L	1.292.919	100,0	4.005.053	100,0	209,80	6.937.715	100,0	73,20	8.153.866	100,0	17,50	6.369.961	100,0	-21,80
Despesas														
Juros	—	—	719.802	21,9	—	1.253.437	16,3	74,10	1.445.008	12,7	15,30	929.734	14,2	-35,60
Correção Monetária	—	—	1.489.928	45,4	—	4.254.121	55,5	185,50	5.347.222	46,9	25,70	4.250.743	64,9	-20,50
Omissões Bancárias	28.670	3,9	882	0,0	-96,92	21.585	0,0	2.347,30	—	—	—	6.253	0,0	—
Reajuste Cambial	700.890	96,1	1.070.920	32,6	52,80	2.134.726	27,8	99,30	4.594.412	40,3	15,20	1.362.233	20,8	-70,40
T O T A L	729.560	100,0	3.281.544	100,0	349,80	7.663.872	100,0	133,50	11.386.644	100,0	48,60	6.548.964	100,0	-42,50
Resultados														
Patrimonial	563.353	—	723.508	—	28,40	726.156	—	-200,40	3.232.776	—	-345,20	179.002	—	94,50
Receita Financeira	—	—	—	—	—	—	—	—	54.956	—	—	—	—	—
Líquido	563.353	—	723.508	—	28,40	726.156	—	-200,40	3.177.820	—	-337,60	179.002	—	94,50
Acumulado	572.857	—	1.125.447	—	96,50	83.742	—	-92,60	3.123.440	—	-3.729,80	1.740.261	—	44,30
FAS - BALANÇO SINTÉTICO														
Disponível	1.461.157	9,56	4.483.287	11,4	206,80	5.747.151	10,3	28,20	5.698.954	9,1	-0,80	3.101.774	8,1	-45,60
Realizável	13.780.120	90,4	34.601.489	88,6	151,10	50.181.839	89,7	45,00	56.510.774	90,9	12,60	35.521.356	91,9	-37,10
T O T A L	15.241.277	100,0	39.084.776	100,0	156,40	55.928.990	100,0	43,10	62.209.628	100,0	11,20	38.623.130	100,0	-37,90
Patrimônio	7.067.979	46,3	9.458.154	24,2	33,80	11.704.413	21,2	22,70	20.668.406	33,2	76,60	9.088.279	23,5	-56,00
Exigível Interno	4.970.799	32,6	26.308.702	67,3	429,30	36.345.571	65,7	38,10	33.265.556	53,5	-8,50	25.013.119	64,7	-24,80
Exigível Externo	3.202.500	21,0	3.317.920	8,4	3,60	7.088.337	12,8	113,60	8.275.666	13,3	16,70	4.521.733	11,7	-45,40
Pendente	—	—	—	—	—	790.670	1,4	—	—	—	—	—	—	—
T O T A L	15.241.277	100,0	39.084.776	100,0	156,40	55.928.990	100,0	43,10	62.209.628	100,0	11,20	38.623.130	100,0	-37,90
Custo do Capital	4,8%		8,4%			13,7%			18,3%			16,9%		
Remuneração Empréstimos	6,5%		10,2%			12,4%			13,1%			16,5%		

FONTE: CEF/FAS - Relatório de Atividades de 1980

- OBS.: 1) O Custo do Capital a cada ano foi calculado dividindo-se o Total das Despesas pelo Total do Ativo
- 2) A remuneração do capital aplicado foi calculada dividindo-se o Total das Receitas pelo Total do Ativo
- 3) O custo médio do capital captado entre 1976/1980 foi de 15,69%; enquanto que a remuneração média dos empréstimos efetuados foi da ordem de 13,90%. Isto representa uma taxa média de falta de cobertura da ordem de 12,87%.

TABELA 29
FAS - PROPOSTAS CONTRATADAS POR FAIXA

	(Cr\$ mil)		
	1975 - 1978	1 9 7 9	1 9 8 0
Faixa I	282.910	- o -	84.500
Faixa II	697.260	9.787	402.685
Faixa III	8.211.784	804.190	5.051.135
Faixa IV	2.837.101	983.275	469.801
Faixa V	194.009	339.035	973.357
T O T A L	12.223.064	2.136.287	6.981.478

FONTE: CEF/FAS - Relatório de Atividades de 1975 a 1980

T A B E L A 3 0

FAS - DEMONSTRATIVO GERAL DAS OPERAÇÕES APROVADAS E CONTRATADAS - POR EXERCÍCIO (PERÍODO 1975-1980)
(Cr\$ mil)

		1975	1976	1977	1978	1979	1980
Propostas ao GTE							
G T E	DEMANDA	14.956.413	17.266.606	21.678.506	3.800.101	5.461.362	72.085.847
	APROVADAS	5.656.525	13.589.013	13.393.207	696.105	4.843.422	26.081.763
Propostas à Diretoria							
DIRETORIA	APROVADAS	536.528	8.084.320	8.017.683	174.100	3.086.837	11.301.306
	CONTRATADAS	207.601	7.391.813	4.622.999	313.782	2.136.287	11.211.306
Propostas Contratadas							
REGIÕES	NORTE	--	313.536	62.717	19.241	2.500	287.946
	NORDESTE	--	2.078.558	741.125	271.704	1.060.081	530.778
	SUDESTE	207.601	2.351.178	2.393.088	12.128	575.429	1.774.671
	SUL	--	1.913.068	989.928	10.709	472.907	943.697
	CENTRO-OESTE	--	735.473	436.141	--	25.370	3.444.386
	S O M A	207.601	7.391.813	4.622.999	313.782	2.136.287	6.981.478
Propostas Contratadas							
ÁREA SOCIAL	EDUCAÇÃO	75.000	5.974.760	2.532.769	214.201	520.465	3.679.608
	SAÚDE/PREVIDÊNCIA	98.001	1.128.116	1.804.879	72.205	1.586.208	3.106.216
	TRABALHO	34.600	274.359	46.813	4.915	27.479	133.994
	INTERIOR	--	14.578	238.538	22.461	2.135	61.160
	S O M A	207.601	7.391.813	4.622.999	313.782	2.136.287	6.981.478
Propostas Contratadas							
	PÚBLICO	40.000	5.799.897	2.949.824	289.430	1.795.861	5.346.835
	PRIVADO	167.601	1.591.916	1.673.175	24.352	340.426	1.634.643
	S O M A	207.601	7.391.813	4.622.999	313.782	2.136.287	6.981.478

FONTE: CEF/FAS - Relatórios de Atividades de 1975 a 1980

5665/BC

TABELA 31

FAS - DEMONSTRATIVO DOS RECURSOS LIBERADOS 1975 - 1980

(Cr\$ mil)

	1975 - 1978	1979	1980	TOTAL
<u>REGIÕES</u>				
Norte	334.571	13.569	22.009	370.149
Nordeste	2.852.622	733.200	257.609	3.843.431
Sudeste	3.824.303	511.325	1.588.569	6.083.053
Sul	2.695.953	244.628	525.512	3.466.093
Centro-Oeste	394.429	584.059	2.585.713	3.564.201
TOTAL	10.101.878	2.086.781	4.979.412	17.168.071
<u>ÁREA SOCIAL</u>				
Educação	6.646.157	1.179.078	1.887.420	9.712.655
Saúde/Previdência	2.966.316	741.414	2.947.651	6.655.381
Trabalho	302.079	78.568	93.463	474.110
Interior	187.326	87.721	50.878	325.925
TOTAL	10.101.878	2.086.781	4.979.412	17.168.071
<u>SETOR</u>				
Público	7.311.270	1.592.196	3.434.547	12.338.013
Privado	2.790.608	494.585	1.544.865	4.830.058
TOTAL	10.101.878	2.086.781	4.979.412	17.168.071

FONTE: CEF/FAS - Relatório de Atividades de 1975 a 1980

TABELA 32

FAS - DEMONSTRATIVO DOS RECURSOS LIBERADOS POR FAIXAS (1975 - 1980)

(Cr\$ mil)

FAIXA	1975 - 1979	1980	TOTAL
I	282.910	84.500	367.410
II	684.067	316.051	1.000.118
III	7.893.558	2.506.179	10.399.377
IV	2.881.828	1.102.428	3.984.256
V	419.139	970.254	1.389.393
TOTAL	12.161.502	4.979.412	17.140.914

FONTE: CEF/FAS - Relatório de Atividades de 1980

T A B E L A 3 3

FAS - EVOLUÇÃO DAS CONTAS PATRIMONIAIS EM VALORES REAIS

(em Cr\$ mil de 1980)

	1976	% V	1977	% V	% H	1978	% V	% H	1979	% V	% H	1980	% V	% H
PATRIMÔNIO - FAS	7.067.978	100,0	9.458.154	100,0	33,8	11.780.415	100,0	24,5	20.668.406	100,0	75,4	9.088.279	100,0	56,0
Participação nas Loterias	2.881.579	40,8	3.923.352	41,5	36,1	4.873.057	41,4	24,2	5.275.086	25,5	8,2	4.931.160	54,2	6,5
Recursos Operacionais da CEF	1.783.536	25,2	2.269.350	24,0	27,2	4.777.066	40,5	110,5	17.196.758	83,2	260,0	5.238.379	57,6	69,5
Dotações da UNIÃO	1.830.000	25,9	2.140.000	22,6	16,9	2.046.000	17,3	95,6	1.320.000	6,4	35,5	660.000	7,2	50,0
Resultados Acumulados	572.857	8,1	1.125.447	11,9	96,7	84.286	0,8	92,5	3.123.440	15,1	3817,8	1.741.261	19,1	44,2

FAS - EVOLUÇÃO DAS CONTAS PATRIMONIAIS EM VALORES NOMINAIS

(em Cr\$ mil de 1980)

	1976		1977			1978			1979			1980		
PATRIMÔNIO - FAS	1.158.685,4		2.209.849,6			3.800.134,3			10.334.203,0			9.088.279,1		
Participação nas Loterias	472.390,4		916.671,8			1.571.954,8			2.637.543,8			4.931.160,7		
Recursos Operacionais da CEF	292.383,9		530.222,7			1.540.989,7			8.598.379,7			5.238.379,7		
Dotações da UNIÃO	300.000,0		500.000,0			660.000,0			660.000,0			660.000,0		
Resultados Acumulados	93.911,1		262.955,1			27.189,8			1.561.720,5			1.741.261,3		

FONTE: CEF/FAS - Relatório de Atividades de 1980, pág. 27.

Deflator Utilizado: IGP/DI

TABELA 34

FAS - PROPOSTAS DE FINANCIAMENTO APROVADAS PELA DIRETORIA DA CEF
Posição em 31/08/77

(em Cr\$ milhões)

ÁREA SOCIAL	TOTAL	SETOR PÚBLICO	%	SETOR PRIVADO	%
Educação	8.986,8	7.908,2	88,0	1.078,6	12,0
Saúde	3.168,2	644,9	20,3	2.523,3	79,7
Trabalho	378,7	110,7	29,1	268,0	70,9
Interior	265,5	265,5	100,0	—	—
T O T A L	12.808,2	8.929,3	69,8	3.869,8	30,2

FONTE: CEF/FAS in Braga e Gões de Paula (1981), pág. 128

TABELA 35

FAS - PROPOSTAS DE FINANCIAMENTO APROVADAS PELA DIRETORIA DA CEF
Posição entre 31/08/77 e Dezembro de 1978

ÁREA SOCIAL	TOTAL	SETOR PÚBLICO	%	SETOR PRIVADO	%
Educação	2.400,7	1.000,3	41,7	1.400,4	58,3
Saúde	1.356,8	969,2	71,4	387,5	28,6
Trabalho	—	—	—	—	—
Interior	250,3	250,3	100,0	—	—
T O T A L	4.007,8	2.219,8	55,4	1.787,9	44,6

FONTE: CEF/FAS - Elaboração da Pesquisa Política Social em Saúde

TABELA 36

FAS - PROPOSTAS DE FINANCIAMENTO APROVADAS PELA DIRETORIA DA CEF
Posição entre Janeiro e Dezembro de 1979

ÁREA SOCIAL	TOTAL	SETOR PÚBLICO	%	SETOR PRIVADO	%
Educação	523,4	509,2	97,3	14,2	2,7
Saúde	2.497,9	2.185,5	87,5	312,4	12,5
Trabalho	44,5	—	—	44,5	100,0
Interior	21,1	21,1	100,0	—	—
T O T A L	3.086,9	2.715,8	87,9	371,1	12,1

FONTE: CEF/FAS in Relatório de Atividades do FAS (1975 - 1979)

TABELA 37

FAS - PROPOSTAS SOLICITADAS, APROVADAS, CONTRATADAS POR ÁREA SOCIAL E SETOR

(1975 - 1979)

(Cr\$ mil)

ÁREA SOCIAL	SETOR	G T E				DIRETORIA DA CEF			
		DEMANDA		APROVADAS		APROVADAS		CONTRATADAS	
		QUANT.	VALOR	QUANT.	VALOR	QUANT.	VALOR	QUANT.	VALOR
EDUCAÇÃO	PÚBLICO	464	21.075.522	337	14.352.553	76	9.417.740	59	8.382.781
	PRIVADO	655	10.859.913	395	3.549.182	128	2.493.253	113	934.414
	SOMA	1119	31.935.435	732	17.901.735	204	11.910.993	172	9.317.195
SAÚDE/PREVIDÊNCIA	PÚBLICO	239	9.184.834	162	7.281.496	37	3.799.672	29	2.139.519
	PRIVADO	1258	16.656.677	880	10.491.866	217	3.223.277	188	2.549.890
	SOMA	1497	25.841.511	1042	17.773.362	254	7.022.949	217	4.689.409
TRABALHO	PÚBLICO	19	322.726	10	211.494	02	76.500	01	75.000
	PRIVADO	447	1.708.437	388	1.118.608	92	352.121	85	313.166
	SOMA	466	2.031.163	398	1.330.102	94	428.621	86	388.166
INTERIOR	PÚBLICO	278	3.339.004	219	1.158.293	20	536.905	11	277.712
	PRIVADO	05	15.875	-	14.780	-	-	-	-
	SOMA	283	3.354.879	219	1.173.073	20	536.905	11	277.712
	T O T A L	3365	63.162.988	2391	38.178.272	572	19.899.468	486	14.672.482

FONTE: CEF/FAS - Relatório de Atividades de 1975 a 1979

TABELA 38

EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE HOSPITAIS SEGUNDO ENTIDADE MANTENEDORA
B R A S I L

ANOS	PÚBLICOS	%	PRIVADOS LUCRATIVOS	%	PRIVADOS NÃO LUCRATIVOS	%	TOTAL	%
1964	457	16,0	944	33,1	1.446	51,0	2.847	100
1967	469	14,5	1.423	44,0	1.343	41,5	3.235	100
%	2,6		51,0		-7,1		13,6	
1978	1.072	19,0	2.598	46,0	2.038	35,7	5.708	100
%	128,6		82,6		52,0		76,4	

FONTE: Braga e Gões de Paula (1981), p.110, para os dados de 1964 a 1967

IBGE - "Estatísticas de Saúde" - Assistência Médico-Sanitária ,
vol. 3, 1978, Rio de Janeiro, 1982

OBS.: Os dados de 1964 e 1967 foram retirados dos Anuários Estatísticos
do IBGE.

TABELA 39

EVOLUÇÃO DO Nº DE LEITOS HOSPITALARES SEGUNDO ENTIDADE MANTENEDORA
B R A S I L

Nº Leitos \ Período	1960	%	△%	1971	%	△%	1975	%	△%	1978	%	△%
PÚBLICOS	97.526	38	100	124.601	32	0,1	124.734	32	0,1	124.563	26	-0,2
PARTICULARES	159.845	62		242.921	66	52	270.048	68	11	350.819	74	30
T O T A L	257.371	100		367.522	100	43	394.782	100	7	475.382	100	20

FONTES: Braga e Gões de Paula op.cit., pág. 75 para os dados até 1975.

IBGE - "Estatísticas de Saúde" - vol. 3, 1978; Rio de Janeiro, 1982 para os dados de 1978

TABELA 40

DISTRIBUIÇÃO DO Nº DE LEITOS SEGUNDO ENTIDADE MANTENEDORA POR REGIÕES (1978)

B R A S I L

UNIDADES DA Nº LEITOS FEDERAÇÃO	NORTE	%	N E	%	SUD	%	SUL	%	C.OESTE	%	BRASIL	%
PÚBLICOS	7.811	55	28.066	36	65.894	25	15.881	17	6.911	26	124.563	26
PARTICULARES	6.496	45	51.000	64	197.186	75	76.416	83	19.721	74	350.819	74
T O T A L	14.307	100	79.066	100	263.080	100	92.297	100	26.632	100	475.382	100

FONTES: IBGE - "Estatísticas de Saúde" - vol. 3, 1978; Rio de Janeiro, 1982

TABELA 41

BRASIL

RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE
PESSOAL DE ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES

	1961	1971	1977	1978
Leitos	232.905	367.522	454.764	475.382
△%	- o -	58%	24%	5%
Coefficiente Leitos/1.000 habitantes	3,32	3,86	4,13	4,21
Empregos Ocupados em Geral	48.238	229.757	458.823	500.631
△%	- o -	376%	100%	9%
Empregos/100 Leitos	20,7	62,5	89,2	53,1
Leitos/Empregados	4,8	1,6	1	0,9
Empregos de Médicos	20.167	46.518	116.460	127.305
△%	- o -	31%	150%	9%
Médicos/100 Leitos	8,6	12,6	25,6	26,7
Leitos/Médico	11,5	7,9	3,9	3,7
Empregos de Enfermeiros	6.054	6.681	12.107	13.104
△%	- o -	10%	81%	8%
Enfermeiros/100 Leitos	2,6	1,8	2,6	2,7
Leitos/Enfermeiro	38,6	55,0	37,5	36,2
Empregos Nutricionistas	336	986	1.628	1.735
△%	- o -	193%	65%	7%
Nutricionista/100 Leitos	0,15	0,2	0,3	0,4
Leitos/Nutricionista	693,1	372,7	279,3	273,9
Empregos de Assistente Social	511	1.248	3.393	3.861
△%	- o -	144%	172%	14%
Assistente Social/100 Leitos	0,2	0,3	0,7	0,8
Leitos/Assistente Social	455,7	294,4	134	123
Empregos Pessoal Nível Intermediário e Auxiliar	19.045	92.515	298.936	327.994
△%	- o -	386%	223%	10%
Pessoal Nível Intermed. e Aux./100 Leitos	8,1	25,1	65,7	68,9
Leitos/Pessoal Intermed. e Auxiliar	12,2	3,9	1,5	1,4

FONTES: Anuários Estatísticos do Brasil. IBGE, 1963-75. M.S. Coordenação de Assistência Médico-Hospitalar. Cadastro Hospitalar Brasileiro, 1973

SAYEG, Mário A. - "Correlações Numéricas entre Médicos e Outros Profissionais de Nível Superior" - Rev. de Administração Pública, FGV. Julho/Setembro 1977, pg.114

Anuário Estatístico do Brasil - 1981

TABELA 42

INPS/INAMPS - ASSISTÊNCIA MÉDICA
Evolução da Quantidade de Hospitais Próprios,
Leitos, Instalados e Postos de Assistência Médica

ANOS	HOSPITAIS PRÓPRIOS	Nº DE LEITOS	POSTOS DE ASS. MÉDICA
1967	20	4.657	—
1970	22	4.904	439
1973	26	6.562	467
1977	—	6.284	484
1980	38	8.599	487

FONTES: Secretaria de Planejamento do INPS para os dados de 1967, 1970, 1973 e 1977.

INAMPS em Dados nº 3 - 1980, para os dados de 1980.

TABELA 43

INPS/INAMPS: RECURSOS DISPONÍVEIS EM 1977 E EM 1980 NOS
SERVIÇOS PRÓPRIOS, CONTRATADOS E CONVENIADOS
ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR*

	1977	1980
<u>ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL</u>		
• Serviços Próprios		
Postos	484	487
Consultórios	6.877	7.372
Médicos	16.586	18.994
Odontólogos	1.657	2.183
Enfermeiros	916	834
Outros Membros	11.486	14.845
• Serviços Contratados		
Clínicas Médicas	992	1.589
Médicos	15.759	17.343
Clínicas Odontológicas	132	113
Odontólogos	4.530	5.076
Clínicas Radiológicas	1.133	891
Laboratórios	645	2.701
• Serviços Conveniados		
Clínicas Médicas	1.034	...
Médicos	12.417	...
Clínicas Odontológicas	236	...
Odontólogos	1.908	...
Clínicas Radiológicas	408	...
Laboratórios	645	...
<u>ASSISTÊNCIA HOSPITALAR</u>		
• Serviços Próprios		
Hospitais Próprios	...	38
Leitos	6.284	8.599
Médicos	3.428	6.438
Enfermeiros	1.281	1.721
Outros Membros	7.284	14.555
Salas Parto e Cirurgia	201	261
Hospitais Contratados		
Hospitais	3.032	3.157
Leitos	175.617	192.673
Hospitais sob Convênio		
Hospitais	628	...
Leitos	8.831	...

FONTES: Secretaria de Planejamento INPS/INAMPS; Boletim de Recursos Disponíveis, 1977 e 1980.

... - Dados não disponíveis para consulta.

* - Não incluem recursos disponíveis para o tratamento dos Acidentados de Trabalho.

TABELA 44

ESTIMATIVA DA EVOLUÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE UNIDADES
SANITÁRIAS* SEGUNDO AS REGIÕES - BRASIL

REGIÕES	1970	%	1974	%	1980**	%
Norte	215	5,17	154	3,28	158	3,66
Nordeste	1.069	25,71	1.496	31,93	1.292	29,94
Sudeste	2.090	50,27	1.991	42,50	1.614	37,40
Sul	631	15,17	801	17,10	898	20,81
Centro-Oeste	152	3,65	242	5,16	353	8,18
BRASIL	4.157	100,0	4.684	100,0	4.315	100,0

FONTE: IBGE - Anuários Estatísticos do Brasil (de 1973 e 1978 para os dados de 1970 e 1974; Acordo MEC/MS / MPAS/OPAS; Programa de Investigação em Serviços de Saúde (PISS); Termo de Referência, 1982, pág. 51 - para os dados de 1980.

* Entende-se por Unidades Sanitárias aquelas cuja atividade principal seja preventiva, tais como: Centros de Saúde, Centros de Puericultura, Postos de Higiene, Postos de Saúde, Postos de Combate a determinadas doenças, etc.

** Os dados de 1980 referem-se exclusivamente a Centros de Saúde.

TABELA 45

EVOLUÇÃO DO Nº DE SEGURADOS ATIVOS (CONTRIBUINTES) DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
BRASIL (1970 - 1980)

ANO	NÚMERO DE SEGURADOS	CRESCIMENTO ANUAL	CRESCIMENTO CUMULATIVO 1970 = 100	% SOBRE POP. URBANA (2)	% SOBRE POPULAÇÃO TOTAL (2)
1970	8.700.000	2,4	100	16,82	9,37
1971	9.690.583	11,4	111	17,94	10,21
1972	10.436.000	7,7	120	18,50	10,75
1973	11.963.000	14,6	137	20,30	12,05
1974	14.973.024	25,2	172	24,33	14,73
1975	16.347.382	9,2	188	25,43	15,69
1976	18.595.367	13,7	214	27,69	17,41
1977	21.006.000	13,0	241	29,95	19,18
1978	21.166.088	0,8	243	28,90	18,83
1979	22.436.053	6,0	258	29,32	19,44
1980	23.782.216	6,0	273	29,76	20,05

FONTES: Mensários Estatísticos do INPS (1969 - 1977)

Secretaria de Estatística e Atuária do MPAS (1978 - 1980)

Anuários Estatísticos do IBGE (1970-1980) e IBGE - Tabulações Avançadas do Censo de 1980

NOTA: Os dados sobre população urbana e total estão ajustados para 1º de julho de cada ano.

TABELA 46

EVOLUÇÃO DO Nº DE SEGURADOS ATIVOS (CONTRIBUÍNTES) DA PREVIDÊNCIA SOCIAL EM RELAÇÃO À EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA

ANO	Nº DE SEGURADOS (1)	PEA (2)	1/2
1970	8.700.00	29.557.224	29,4
1976	18.595.367	40.236.743	46,2
1980	23.782.216	43.796.763	54,3

FONTES: Mensários Estatísticos do INPS (1970 e 1976)

Secretaria de Estatística e Atuária do MPAS -
1980

TABELA 47

ESTIMATIVA* DA EVOLUÇÃO DOS SEGURADOS INATIVOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
CLIENTELA URBANA - BRASIL
(1971 - 1980)

ANO	Nº DE SEGURADOS	CRESCIMENTO ANUAL	ÍNDICE DE CRESCIMENTO (1971 = 100)
1971	2.268.129	- 0 -	- 0 -
1972	2.481.870	9,42	9,42
1973	2.682.691	8,09	18,27
1974	2.941.237	9,63	29,67
1975	3.469.799	17,97	52,98
1976	4.269.930	23,05	88,25
1977	4.520.222	5,86	99,29
1978	4.968.334	9,91	119,04
1979	5.230.818	5,28	130,62
1980	5.312.706	1,56	134,23

(*) Esta estimativa foi feita, tomando-se como equivalente ao número de segurados inativos, o número de benefícios em manutenção de clientela urbana a cada ano.

FONTES: Mensários Estatísticos do INPS (1971 a 1977)

Relatórios de Atividades do INPS (1978 a 1980)

TABELA 48

ESTIMATIVA* DA EVOLUÇÃO DOS SEGURADOS INATIVOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
CLIENTELA RURAL - BRASIL
(1973 - 1980)

ANO	Nº DE SEGURADOS	CRESCIMENTO ANUAL	ÍNDICE DE CRESCIMENTO (1973 = 100)
1973	833.613	- o -	- o -
1974	1.064.309	27,67	27,67
1975	1.477.148	38,78	77,19
1976	1.811.982	22,66	117,36
1977	1.897.274	4,70	127,59
1978	2.150.685	13,35	157,99
1979	2.356.579	9,57	182,69
1980	2.496.523	5,93	199,48

(*) Esta estimativa foi feita, tomando-se como equivalente ao número de segurados inativos, o número de benefícios em manutenção da clientela rural a cada ano.

FONTE: Boletins Estatísticos do FUNRURAL (1975 - 1978)

Relatório de Atividades do INPS (1978 a 1980)

TABELA 49

I N A M P S

PREVIDÊNCIA SOCIAL: DADOS DE PRODUÇÃO-CRESCIMENTO

B R A S I L

ANO	INTERNAÇÕES HOSPITALARES			CONSULTAS MÉDICAS			CONSULTAS ODONTOLÓGICAS		
	Número	Crescimento Ano a Ano %	Crescimento Relativo Índice 1971 = 100	Número	Crescimento Ano a Ano %	Crescimento Relativo Índice 1971 = 100	Número	Crescimento Ano a Ano %	Crescimento Relativo Índice 1971 = 100
1971	2.931.589	-	100,0	44.688.476	-	100,0	3.110.983	-	100,0
1972	4.448.712	51,7	151,7	52.686.858	17,9	117,9	7.072.603	127,3	227,3
1973	4.718.528	6,1	160,9	53.899.843	2,3	120,6	8.015.009	13,3	257,6
1974	5.194.394	10,1	177,2	59.618.443	10,6	133,4	9.135.631	14,0	293,7
1975	6.649.136	28,0	226,8	92.333.187	54,9	206,6	13.827.676	51,4	444,5
1976	8.356.067	25,7	285,0	118.647.964	28,5	265,5	18.159.713	31,3	583,7
1977	8.617.431	3,1	293,9	132.502.898	11,7	296,5	23.482.922	29,3	754,8
1978	9.658.055	12,1	329,4	145.411.612	9,7	325,4	29.010.105	23,5	932,5
1979	10.571.214	9,4	360,6	154.539.578	6,3	345,8	31.633.719	9,0	1.016,8
1980	11.753.451	11,2	400,9	179.751.174	16,3	402,2	34.159.554	7,9	1.098,0

FONTE: INAMPS em Dados nº 1, 2 e 3

TABELA 50

I N A M P S

PREVIDÊNCIA SOCIAL: DADOS DE PRODUÇÃO-CRESCIMENTO

B R A S I L

ANO	EXAMES LABORATORIAIS			EXAMES RADIOLÓGICOS			OUT. SERV. COMPLEMENTARES		
	Número	Crescimento Ano a Ano %	Crescimento Relativo Índice 1971 = 100	Número	Crescimento Ano a Ano %	Crescimento Relativo Índice 1971 = 100	Número	Crescimento Ano a Ano %	Crescimento Relativo Índice 1971 = 100
1971	12.665.218	-	100,0	3.210.324	-	100,0	10.553.412	-	100,0
1972	16.189.586	27,8	127,8	4.437.310	38,2	138,2	14.637.266	38,7	138,7
1973	16.021.605	-1,1	126,5	4.869.254	9,7	151,7	16.618.002	13,5	157,5
1974	16.963.933	5,8	133,9	5.223.241	7,3	162,7	19.439.637	17,0	184,2
1975	27.076.042	59,6	213,8	8.376.262	60,4	260,4	32.510.773	67,2	308,1
1976	37.051.024	36,8	292,5	11.446.107	36,6	356,5	43.413.448	33,5	411,4
1977	36.254.082	-2,2	286,3	12.247.307	7,0	381,5	50.983.508	17,4	483,1
1978	40.770.980	12,4	321,9	14.709.107	18,2	458,2	59.896.716	17,5	567,6
1979	46.131.030	13,1	364,2	16.755.165	13,9	521,9	76.506.247	27,7	724,9
1980	51.511.700	11,6	407,0	22.891.293	36,6	713,0	96.471.924	26,1	914,1

FONTE: INAMPS em Dados nº 1, 2 e 3

TABELA 51

I N A M P S

PREVIDÊNCIA SOCIAL: DADOS DE PRODUÇÃO-CRESCIMENTO
CLIENTELA URBANA

ANO	CONSULTAS MÉDICAS			INTERNAÇÕES HOSPITALARES			CONSULTAS ODONTOLÓGICAS		
	Número	Crescimento Ano a Ano %	Crescimento Relativo Índice 1971 = 100	Número	Crescimento Ano a Ano %	Crescimento Relativo Índice 1971 = 100	Número	Crescimento Ano a Ano %	Crescimento Relativo Índice 1971 = 100
1970	35.848.807	-	100,00	2.802.051	-	100,00	4.296.519	-	100,00
1971	44.688.476	24,7	124,66	2.931.589	4,6	104,62	3.110.983	-27,6	72,40
1972	47.795.529	6,9	133,32	3.405.906	16,2	121,55	3.435.550	10,4	79,97
1973	48.633.991	1,8	135,66	3.708.051	8,8	132,33	3.624.919	5,5	84,37
1974	52.143.086	7,2	145,45	4.082.702	10,1	145,70	3.241.541	-10,6	75,44
1975	82.369.197	57,9	229,76	5.386.738	31,9	192,24	6.135.459	89,3	142,80
1976	105.477.691	28,1	294,20	6.744.658	25,3	240,70	8.590.134	40,0	199,93
1977	118.860.264	12,7	331,56	6.893.850	2,2	246,03	15.557.221	81,1	362,09
1978	130.012.551	9,4	362,67	7.781.188	12,9	277,70	20.631.824	32,6	480,20
1979	137.135.797	5,5	382,54	8.535.168	9,7	318,88	22.332.576	8,2	519,78
1980	160.208.137	16,8	446,89	9.562.121	12,03	341,25	24.998.728	11,93	581,83

FONTES: Boletim Estatístico Mensal de Movimento Ambulatorial (DP-53) e de Acompanhamento de Convênio (DP-54)
INAMPS em Dados nº 1, 2 e 3

TABELA 52

I N A M P S

PREVIDÊNCIA SOCIAL: DADOS DE PRODUÇÃO-CRESCIMENTO

CLIENTELA URBANA

ANO	EXAMES LABORATORIAIS			EXAMES RADIOLÓGICOS		
	Número	Crescimento Ano a Ano %	Crescimento Relativo Índice 1971 = 100	Número	Crescimento Ano a Ano %	Crescimento Relativo Índice 1971 = 100
1970	10.581.204	-	100,00	2.533.955	-	100,00
1971	12.665.218	19,6	119,68	3.210.324	26,7	126,69
1972	15.111.214	19,3	142,81	4.163.455	29,7	164,31
1973	15.054.960	-0,3	142,28	4.623.773	11,1	182,47
1974	15.902.148	5,6	150,28	4.953.599	7,1	195,49
1975	25.751.862	61,9	243,37	8.039.984	62,3	317,29
1976	35.136.012	36,4	332,06	10.893.043	35,5	429,88
1977	34.109.290	-2,9	332,36	11.635.927	6,8	459,20
1978	38.282.117	12,2	361,79	13.986.812	20,2	551,97
1979	43.232.134	12,9	408,57	15.895.325	13,6	627,29
1980*	49.451.904	14,3	467,35	22.306.813	40,33	880,31

FONTES: Boletim Estatístico Mensal de Movimento Ambulatorial (DP-53) e Acompanhamento de Convênios (DP-54)
INAMPS em Dados nº 1 e 2

* Tendência até dezembro de 1980

TABELA 53

I N A M P S

PREVIDÊNCIA SOCIAL: DADOS DE PRODUÇÃO-CRESCIMENTO

CLIENTELA URBANA

ANO	SERVIÇOS COMPLEMENTARES			SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS		
	Número	Crescimento Ano a Ano %	Crescimento Relativo Índice 1971 = 100	Número	Crescimento Ano a Ano %	Crescimento Relativo Índice 1971 = 100
1971	10.553.412	-	100,0	6.215.460	-	100,0
1972	14.185.198	34,4	134,4	6.865.927	10,46	110,4
1973	16.212.771	14,3	153,6	6.805.145	-0,8	109,4
1974	18.994.522	17,1	179,9	6.553.257	-3,7	105,4
1975	31.955.659	68,2	302,8	13.874.000	111,7	223,2
1976	42.743.304	33,7	405,0	20.315.520	46,4	326,8
1977	50.422.796	17,9	477,7	25.055.375	23,3	403,1
1978	59.308.606	17,6	561,9	29.789.030	18,8	479,2
1979	68.429.435	15,3	648,4	33.656.098	12,9	541,4
1980	86.072.003	25,7	815,5	36.675.814	8,9	590,0

FONTE: INAMPS em Dados nº 1, 2 e 3

TABELA 54

I N A M P S

PREVIDÊNCIA SOCIAL: DADOS DE PRODUÇÃO-CRESCIMENTO

CLIENTELA RURAL

ANOS	CONSULTAS MÉDICAS			INTERNAÇÕES HOSPITALARES			CONSULTAS ODONTOLÓGICAS		
	Número	Crescimento Ano a Ano %	Crescimento Relativo Índice 1971 = 100	Número	Crescimento Ano a Ano %	Crescimento Relativo Índice 1971 = 100	Número	Crescimento Ano a Ano %	Crescimento Relativo Índice 1971 = 100
1971									
1972	4.891.329	-	100,0	1.042.806	-	100,0	3.637.053	-	100,0
1973	5.265.852	7,7	107,7	1.010.477	-3,1	96,9	4.390.090	20,7	120,7
1974	7.474.357	41,9	152,8	1.091.702	8,0	104,7	5.894.090	34,3	162,1
1975	9.963.990	33,3	203,7	1.262.398	15,6	121,1	7.692.217	30,5	211,5
1976	13.170.273	32,2	269,3	1.611.409	27,6	154,5	9.569.579	24,4	263,1
1977	13.642.634	3,6	278,9	1.723.581	7,0	165,3	7.925.701	-17,2	217,9
1978	15.399.061	12,9	314,8	1.876.867	8,9	179,9	8.738.281	5,7	240,3
1979	17.403.781	13,0	355,8	2.036.046	8,5	195,3	9.301.143	6,4	255,7
1980	19.543.037	12,2	399,5	2.191.330	7,6	210,1	9.160.826	-1,5	251,8

FONTE: Boletins Estatísticos do FUNRURAL

INAMPS em Dados nº 1 e 2

TABELA 55

I N A M P S

PREVIDÊNCIA SOCIAL: DADOS DE PRODUÇÃO-CRESCIMENTO

CLIENTELA RURAL

ANO	EXAMES LABORATORIAIS			EXAMES RADIOLÓGICOS		
	Número	Crescimento Ano a Ano %	Crescimento Relativo Índice 1975 = 100	Número	Crescimento Ano a Ano %	Crescimento Relativo Índice 1975 = 100
1972	—	-	—	—	-	—
1973	—	-	—	—	-	—
1974	—	-	—	—	-	—
1975	1.324.180	-	100,0	336.278	-	100,0
1976	1.915.012	44,6	144,6	553.064	64,5	164,5
1977	2.144.792	12,0	162,0	611.380	10,5	181,8
1978	2.488.863	16,0	188,0	722.295	18,1	214,8
1979	2.899.166	16,5	218,9	859.840	19,0	255,7
1980	2.059.796	-28,9	155,5	584.480	-30,03	173,8

FONTE: Boletins Estatísticos do FUNRURAL

INAMPS em Dados nº 1 e 2

TABELA 56

INAMPS - ÍNDICES REGIONAIS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES/HABITANTE BRASIL
(POR 100 HABITANTES)

UNIDADE DA FEDERAÇÃO	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
NORTE	3,54	3,69	3,97	3,54	3,38	5,71	6,50	6,94
NORDESTE	2,61	3,11	3,44	2,97	3,04	4,86	5,26	5,36
SUDESTE	5,60	6,00	7,64	7,90	8,05	9,98	10,45	11,29
SUL	6,37	6,87	8,23	7,88	7,21	10,41	11,07	12,61
CENTRO-OESTE	3,76	4,06	5,30	5,72	5,81	8,81	9,85	10,37
BRASIL	4,65	4,98	6,21	6,12	6,09	8,30	8,83	9,55

Fonte: INAMPS em Dados nº 1, nº 2 e nº 3

TABELA 57

I N A M P S

ÍNDICES REGIONAIS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES/HABITANTES URBANOS
(POR 100 HABITANTES)

UNIDADES DA FEDERAÇÃO	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
NORTE	3,93	4,57	4,44	4,75	6,18	7,37	6,87	7,95	9,12	10,02
NORDESTE	3,50	3,93	4,17	4,40	5,47	6,57	6,65	7,52	8,19	8,25
SUDESTE	5,62	6,19	6,38	6,64	8,51	9,94	9,98	10,59	10,90	11,81
SUL	7,98	9,08	9,72	10,69	13,14	16,65	15,10	16,15	17,11	19,06
CENTRO OESTE	5,36	5,76	6,12	6,38	8,36	10,95	11,00	13,49	15,22	16,26
BRASIL	5,41	6,02	6,28	6,64	8,40	10,11	9,93	10,77	11,35	12,24

FONTE: INAMPS em Dados nº 1, nº 2 e nº 3.

TABELA 58

INAMPS - ÍNDICES REGIONAIS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES/HABITANTE RURAL
(POR 100 HABITANTES)

UNIDADES DA FEDERAÇÃO	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
NORTE	0,28	2,75	1,95	2,59	3,22	3,55	3,94	3,88
NORDESTE	1,31	1,52	1,80	2,14	2,37	2,57	2,66	2,75
SUDESTE	3,11	3,78	4,48	5,86	6,15	7,24	8,31	8,62
SUL	3,53	3,60	3,89	5,00	5,21	5,06	5,35	6,40
CENTRO-OESTE	1,38	1,65	2,04	2,72	2,78	3,44	3,57	3,34
BRASIL	1,90	2,60	2,93	3,71	3,94	4,25	4,58	4,88

Fonte: INAMPS em Dados nº 1, nº 2 e nº 3

TABELA 59

INAMPS - ÍNDICES REGIONAIS DE CONSULTAS MÉDICAS/HABITANTE BRASIL

REGIÕES	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
NORTE	0,45	0,45	0,59	0,60	0,65	0,91	1,01	1,12
NORDESTE	0,37	0,42	0,59	0,55	0,57	0,79	0,82	0,88
SUDESTE	0,68	0,73	1,17	1,37	1,53	1,69	1,76	1,99
SUL	0,46	0,49	0,69	0,81	0,87	1,12	1,13	1,41
CENTRO-OESTE	0,51	0,59	0,76	0,81	0,87	1,03	1,07	1,04
BRASIL	0,53	0,57	0,86	0,96	1,05	1,25	1,30	1,46

Fonte: INAMPS em Dados nº 1, nº 2 e nº 3

TABELA 60

INAMPS - ÍNDICES REGIONAIS DE CONSULTAS MÉDICAS/HABITANTE URBANO

REGIÕES	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
NORTE	0,72	0,76	0,67	0,68	0,99	1,25	1,35	1,45	1,55	1,77
NORDESTE	0,63	0,68	0,70	0,75	1,04	1,21	1,25	1,35	1,37	1,42
SUDESTE	0,87	0,88	0,85	0,85	1,39	1,72	1,89	1,95	1,98	2,23
SUL	0,95	0,96	0,94	0,95	1,31	1,71	1,83	2,06	2,04	2,54
CENTRO-OESTE	0,91	0,93	0,91	1,02	1,29	1,55	1,65	1,65	1,72	1,68
BRASIL	0,82	0,84	0,82	0,85	1,29	1,58	1,71	1,80	1,82	2,05

Fonte: INAMPS em Dados nºs. 1, 2 e 3

TABELA 61

INAMPS - ÍNDICES REGIONAIS DE CONSULTAS MÉDICAS/HABITANTE RURAL

REGIÕES	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
NORTE	0,25	0,24	0,23	0,31	0,31	0,38	0,48	0,47
NORDESTE	0,12	0,15	0,22	0,28	0,28	0,31	0,33	0,39
SUDESTE	0,19	0,29	0,35	0,48	0,49	0,55	0,70	0,77
SUL	0,06	0,09	0,15	0,19	0,23	0,25	0,27	0,32
CENTRO-OESTE	0,09	0,14	0,17	0,25	0,26	0,32	0,29	0,26
BRASIL	0,12	0,17	0,23	0,30	0,31	0,35	0,39	0,44

Fonte: INAMPS em Dados 1, 2, 3

TABELA 62

INAMPS - ÍNDICES REGIONAIS DE CONSULTAS ODONTOLÓGICAS - HABITANTE/BRASIL

REGIÕES	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
NORTE	0,07	0,07	0,09	0,13	0,14	0,19	0,21	0,21
NORDESTE	0,08	0,10	0,14	0,19	0,20	0,22	0,23	0,22
SUDESTE	0,07	0,08	0,12	0,15	0,19	0,22	0,23	0,25
SUL	0,11	0,12	0,16	0,19	0,30	0,40	0,42	0,47
CENTRO-OESTE	0,04	0,05	0,07	0,09	0,16	0,21	0,23	0,20
BRASIL	0,08	0,09	0,13	0,16	0,21	0,25	0,26	0,28

Fonte: INAMPS em Dados nº 3 nº 1

TABELA 63

INAMPS - ÍNDICES REGIONAIS DE CONSULTAS ODONTOLÓGICAS POR HABITANTE/URBANO

REGIÕES	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
NORTE	0,05	0,06	0,06	0,05	0,08	0,13	0,16	0,23	0,22	0,25
NORDESTE	0,07	0,07	0,09	0,08	0,11	0,16	0,26	0,30	0,31	0,31
SUDESTE	0,05	0,06	0,06	0,05	0,10	0,13	0,18	0,21	0,21	0,24
SUL	0,04	0,05	0,05	0,03	0,08	0,10	0,36	0,57	0,60	0,69
CENTRO-OESTE	0,06	0,04	0,02	0,03	0,06	0,07	0,21	0,28	0,32	0,26
BRASIL	0,06	0,06	0,06	0,05	0,10	0,13	0,22	0,29	0,30	0,32

Fonte: Mensário Estatístico, 1977 nº 298
INAMPS em Dados nº 3

TABELA 64

INAMPS - ÍNDICES REGIONAIS DE CONSULTAS ODONTOLÓGICAS HABITANTE/RURAL

REGIÕES	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
NORTE	0,07	0,08	0,10	0,12	0,12	0,15	0,20	0,17
NORDESTE	0,07	0,11	0,17	0,23	0,15	0,14	0,15	0,14
SUDESTE	0,12	0,17	0,19	0,20	0,22	0,26	0,33	0,32
SUL	0,16	0,19	0,23	0,28	0,24	0,24	0,25	0,26
CENTRO-OESTE	0,06	0,07	0,08	0,11	0,11	0,13	0,13	0,11
BRASIL	0,10	0,14	0,18	0,22	0,18	0,19	0,21	0,20

Fonte: INAMPS em Dados: nº 3 nº 1

TABELA 68

INAMPS - INTERNAÇÕES P/ 100 CONSULTAS MÉDICAS - CLIENTELA/BRASIL

REGIÕES	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
NORTE	6,39	7,90	6,07	6,73	6,42	6,12	6,30	6,45	6,19
NORDESTE	7,73	7,10	6,29	5,84	5,89	5,97	6,14	6,42	6,10
SUDESTE	7,77	8,12	8,24	6,53	6,21	5,70	5,89	5,95	5,67
SUL	12,51	13,85	14,06	11,88	11,55	10,01	9,28	9,79	8,94
CENTRO-OESTE	7,76	7,42	6,85	7,05	7,57	7,16	8,52	9,27	10,00
BRASIL	8,44	9,63	8,71	7,20	7,04	6,50	6,64	6,84	6,53

Fonte: INAMPS em Dados nº 1, nº 2 e nº 3

TABELA 69

INAMPS - INTERNAÇÕES P/ 100 CONSULTAS MÉDICAS - CLIENTELA URBANA

REGIÕES	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
NORTE	5,46	6,01	6,62	6,94	6,26	5,89	5,10	5,48	5,89	5,63
NORDESTE	5,52	5,77	5,98	5,88	5,25	5,42	5,33	5,56	5,96	5,80
SUDESTE	6,46	7,03	7,52	7,76	6,10	5,78	5,27	5,44	5,51	5,30
SUL	8,41	9,50	10,39	11,85	10,03	9,72	8,26	7,85	8,40	7,50
CENTRO-OESTE	5,89	6,20	6,68	6,22	6,46	7,06	6,65	8,16	8,83	9,65
BRASIL	6,56	7,12	7,62	7,82	6,53	6,39	5,79	5,98	6,22	5,59

Fonte: INAMPS em Dados nº 1, nº 2 e nº 3

TABELA 70

INAMPS - INTERNAÇÕES P/ 100 CONSULTAS MÉDICAS - CLIENTELA/RURAL

REGIÕES	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
NORTE	7,18	10,86	11,22	8,60	8,37	10,29	9,25	8,20	8,27
NORDESTE	17,39	12,29	9,83	8,04	7,55	8,38	8,31	8,16	7,10
SUDESTE	19,68	16,84	12,93	12,71	12,11	12,64	13,09	11,85	11,38
SUL	58,83	62,41	40,46	26,43	26,38	22,88	20,16	18,26	19,91
CENTRO-OESTE	22,49	14,66	11,49	11,70	11,00	10,88	10,64	12,30	12,66
BRASIL	21,31	19,18	14,87	12,66	12,23	12,63	12,18	11,69	11,21

Fonte: INAMPS em Dados nº 1, nº 2 e nº 3

TABELA 71

INAMPS - EXAMES DE LABORATÓRIOS POR 100 CONSULTAS MÉDICAS - CLIENTELA/BRASIL

REGIÕES	1975	1976	1977	1978	1979	1980
NORTE	29,86	35,59	27,55	29,55	30,88	30,64
NORDESTE	25,03	28,66	25,12	26,51	29,27	27,71
SUDESTE	29,09	29,27	27,37	27,63	29,33	28,50
SUL	31,83	36,27	26,13	27,10	29,28	25,27
CENTRO-OESTE	41,58	45,44	38,81	38,53	38,85	46,29
BRASIL	29,32	31,23	27,36	28,04	29,85	28,66

Fonte: INAMPS em Dados nº 1, nº 2 e nº 3

TABELA 72

INAMPS - EXAMES DE LABORATÓRIOS POR 100 CONSULTAS MÉDICAS, CLIENTELA RURAL

REGIÕES	1975	1976	1977	1978	1979	1980
NORTE	21,28	28,58	31,03	30,26	28,65	24,60
NORDESTE	10,43	11,00	12,41	13,10	14,08	9,38
SUDESTE	13,64	14,66	16,34	15,60	14,92	10,34
SUL	18,00	17,38	18,05	17,44	18,40	6,85
CENTRO-OESTE	11,42	17,24	12,81	19,90	23,78	18,26
BRASIL	13,29	14,54	15,72	16,16	16,66	10,54

Fonte: INAMPS em Dados nº 1, nº 2 e nº 3

TABELA 73

INAMPS - EXAMES DE LABORATÓRIO POR 100 CONSULTAS MÉDICAS CLIENTELA/URBANA

REGIÕES	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
NORTE	42,27	48,09	37,39	31,26	32,04	37,46	26,69	29,36	31,59	32,24
NORDESTE	29,77	32,74	31,83	30,06	28,93	33,67	28,54	30,05	33,35	33,24
SUDESTE	27,84	29,79	29,02	29,72	30,17	30,33	28,05	28,39	30,40	29,71
SUL	24,06	29,88	32,02	28,72	33,59	38,60	27,23	29,04	30,82	27,70
CENTRO-OESTE	35,17	44,00	41,96	43,34	45,39	49,55	42,20	41,71	41,02	49,96
BRASIL	28,34	31,62	30,96	30,50	31,26	33,31	28,70	29,44	31,53	30,87

Fonte: INAMPS em Dados nº 1, nº 2 e nº 3

TABELA 74

INAMPS - EXAMES RADIOGRÁFICOS POR 100 CONSULTAS MÉDICAS CLIENTELA/BRASIL

REGIÕES	1975	1976	1977	1978	1979	1980
NORTE	7,41	7,51	6,33	6,23	6,14	5,72
NORDESTE	6,78	7,69	7,33	7,67	8,19	6,02
SUDESTE	9,12	9,65	9,76	10,86	11,78	7,96
SUL	10,99	11,46	9,09	10,29	11,00	5,67
CENTRO-OESTE	11,02	12,76	12,20	12,46	12,42	7,72
BRASIL	9,07	9,65	9,24	10,12	10,84	7,13

Fonte: INAMPS em Dados nº 1, nº 2 e nº 3

TABELA 75

INAMPS - EXAMES RADIOGRÁFICOS P/ 100 CONSULTAS MÉDICAS CLIENTELA/URBANA

REGIÕES	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
NORTE	7,56	6,88	6,96	7,88	8,72	8,80	7,14	7,20	7,27	6,85
NORDESTE	7,64	8,45	9,40	9,34	8,77	9,24	8,59	8,93	9,52	7,37
SUDESTE	7,05	8,56	8,91	9,23	9,43	9,95	9,99	11,14	12,20	8,32
SUL	6,90	9,35	11,27	10,05	11,76	12,07	9,49	10,80	11,56	6,28
CENTRO-OESTE	7,78	10,30	12,11	11,77	12,02	14,00	13,44	13,99	13,60	8,49
BRASIL	7,18	8,71	9,51	9,50	9,76	10,33	9,79	10,76	11,59	7,79

Fonte INAMPS em Dados nº 1, nº 2 e nº 3

TABELA 76

INAMPS - EXAMES RADIOGRÁFICOS POR 100 CONSULTAS MÉDICAS P/ CLIENTELA RURAL

REGIÕES	1975	1976	1977	1978	1979	1980 (*)
NORTE	2,22	2,08	2,43	2,71	2,58	1,47
NORDESTE	1,85	1,99	2,40	2,91	3,24	1,57
SUDESTE	4,63	5,20	5,54	6,39	6,16	2,49
SUL	4,99	4,70	5,49	6,46	7,03	1,00
CENTRO-OESTE	3,10	3,10	2,45	3,47	4,25	1,83
BRASIL		3,59	3,97	4,69	4,97	1,77

(*) Talvez erro do INAMPS

Fonte: INAMPS em Dados nº 1, nº 2 e nº 3

TABELA 77

INAMPS - SERVIÇOS COMPLEMENTARES P/ 100 CONSULTAS MÉDICAS - CLIENTELA/URBANA

REGIÕES	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
NORTE	37,85	44,23	51,24	46,32	55,32	66,91	70,08	58,76	73,23	67,14
NORDESTE	32,79	40,02	40,38	39,53	43,59	43,91	47,92	51,38	54,64	57,08
SUDESTE	21,33	26,83	31,16	37,64	38,33	40,54	42,53	46,95	51,55	53,79
SUL	20,05	27,54	30,95	29,99	34,33	33,34	33,32	34,89	37,03	45,59
CENTRO-OESTE	20,57	23,98	30,14	27,70	32,06	37,61	37,07	38,18	42,42	67,21
BRASIL	23,61	30,06	33,33	36,42	38,79	40,52	42,42	45,61	49,89	53,72

Fonte: INAMPS em Dados nº 1, nº 2 e nº 3

TABELA 78

MPAS/INAMPS - PROGRAMAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA PARA 1981

B R A S I L

E S P E C I F I C A Ç Ã O		PRÓPRIOS	CONTRATADOS	CONVÊNIOS URBANOS			CONVÊNIOS RURAIS			TOTAL
				Órgãos Go-vernamentais	Univers. e Hospitais de Ensino	Outros Convênios	Órgãos Go-vernamentais	Univers. e Hospitais de Ensino	Outros Convênios	
ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL	<u>CONSULTAS MÉDICAS</u>									
	Total de Consultas	67.924.100	48.853.300	14.986.050	2.883.700	31.183.300	4.967.450	355.200	14.222.950	185.376.050
	Urgência/Emergência	7.957.450	18.274.300	4.427.700	677.600	1.851.600	174.400	51.350	1.031.700	34.446.100
	Clínica Geral	21.652.450	10.282.600	5.447.600	442.600	12.666.500	2.329.500	107.100	7.701.550	60.629.900
	Clínica Especializada	38.314.200	20.296.400	5.110.750	1.763.500	16.665.200	2.463.550	196.750	5.489.700	90.300.050
	<u>ODONTOLOGIA</u>									
	Total de Consultas	6.513.400	10.285.600	1.710.700	220.160	8.057.500	805.400	25.950	8.330.300	35.949.010
	<u>SERVIÇOS COMPLEMENTARES</u>									
	Radiologia	2.591.100	7.871.200	551.200	196.800	1.644.300	66.210	73.460	206.700	13.200.970
	Patologia Clínica	10.411.300	30.962.200	1.870.800	955.700	6.760.800	805.150	222.000	1.033.100	53.021.050
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	Exames Especializados	1.635.130	3.408.500	25.400	78.600	1.121.750	10.950	37.760	58.790	6.376.880
	Terapia	25.652.200	36.927.000	11.103.900	652.900	9.246.500	5.181.300	72.850	5.146.500	93.983.150
	Total de Internações	273.350	8.428.210	209.870	168.160	541.070	269.600	28.100	1.896.270	11.814.630
	Clínica Médica	70.700	4.584.500	91.830	87.130	273.050	150.050	14.100	1.338.450	6.609.810
	Clínica Cirúrgica	116.350	1.492.800	33.240	48.380	114.450	22.470	9.470	165.400	2.002.560
	Clínica Obstétrica	83.400	1.957.100	76.550	28.140	149.300	86.680	4.270	373.300	2.758.740
	Clínica Psiquiátrica	—	365.850	3.650	3.910	2.890	8.260	90	14.910	399.560
Ass. ao A- cid. Trab.	Clínica Fisiológica	2.900	27.960	4.600	600	1.380	2.140	170	4.210	43.960
	Admissões Ambulatoriais	28.715	1.131.400	85.520	4.840	92.765	28.560	1.130	91.160	1.464.090
	Internações Hospitalares	50	69.550	4.225	305	3.885	16.360	235	27.290	121.900

FONTE: INAMPS / Secretaria de Planejamento

TABELA 79

EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE MORTALIDADE GERAL, INFANTIL
E PROPORCIONAL (MENORES DE 1 ANO) NOS MUNICÍPIOS
DAS CAPITAIS BRASILEIRAS
1968 - 1978

ANO	M O R T A L I D A D E		
	GERAL ¹	INFANTIL ²	PROPORCIONAL ³
1968	9,3	87,4	25,0
1969	9,6	91,4	26,0
1970	9,3	92,0	27,0
1971	9,7	98,5	27,7
1972	9,5	97,0	26,3
1973	10,2	103,5	28,0
1974	9,7	93,5	28,8
1975	9,7	102,4	31,4
1976	9,7	99,9	30,3
1977	9,1	85,2	28,3
1978*	10,8	83,2	22,7

FONTE: Ministério da Saúde/Secretaria de Planejamento

NOTAS: (1) Número de óbitos por 1.000 habitantes

(2) Número de óbitos por 1.000 crianças até 1 ano de idade

(3) Percentual de óbitos em menores de 1 ano em relação ao total de óbitos

* Estimativa

TABELA 80

EXPECTATIVA DE VIDA MÉDIA AO NASCER

B r a s i l

1940/1980

Períodos	ANOS DE VIDA	
	Homens	Mulheres
1940/1950	43,3	43,1
1950/1960	—	52,3 ¹
1960/1970	54,9	59,0
1970/1975	58,8	63,1
1975/1980	61,3	65,5

FONTE: FIBGE, Indicadores Sociais - Tabelas Seleccionadas, 1979, p.125

(1) Ambos os sexos.

TABELA 81
MORTALIDADE E RENDA
BRASIL - 1976

NÍVEL DE RENDA	MORTALIDADE INFANTIL (Por 1000)	ESPERANÇA DE VIDA (Ano)
Até 1 SM ⁽¹⁾	113,2	54,8
De 1 a 2 SMs	95,5	59,5
De 2 a 5 SMs	78,1	64,0
Mais de 5 SMs	56,3	69,6
Todos os Níveis	91,6	60,5

FONTE: FIBGE, PNAD-76

(1) 1 SM/76 equivalente a Cr\$ 768,00

TABELA 82

BRASIL E REGIÕES: ESTIMATIVAS DE ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER

	ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER			
	1930/40	1940/50	1960/70	$\frac{1960/70}{1940/50}$
Amazônia	39,8	42,7	53,8	1,26
Nordeste Setentrional	40,0	43,7	50,6	1,16
Nordeste Central	34,7	34,0	44,2	1,30
Nordeste Meridional	38,3	39,2	49,9	1,27
Minas	43,0	46,1	55,6	1,21
Rio de Janeiro	44,5	48,7	57,7	1,18
São Paulo	42,7	49,4	58,8	1,19
Paraná	43,9	45,9	57,0	1,24
Sul	51,0	55,3	62,6	1,13
Centro-Oeste	46,9	49,8	57,9	1,16
BRASIL	41,2	43,6	53,7	1,23

FONTE: 1930/40 e 1940/50: J.A.M. de Carvalho, Tendências Regionais de Fecundidade e Mortalidade no Brasil (Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFGM, 1974), Monografia nº 8 ; 1960/70: J.A.M. de Carvalho, Fecundidade e Mortalidade no Brasil - 1960/70 (Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFGM 1978).

TABELA 83

NÚMERO DE CASOS E TAXA DE MORBIDADE, POR 1000 HABITANTES
DE ALGUMAS DOENÇAS - BRASIL/1979

DOENÇAS	Nº DE CASOS	MORBIDADE
Esquistossomose	9 a 12 milhões	72 a 96
Chagas	6 a 8 milhões	48 a 64
Malária	150.000	1,2
Tuberculose	1.000.000	8
Desnutrição	50 milhões	400
Imunizáveis	160.000	1,3
Parasitose Intestinais	60 milhões	480
Diarréias Infantis	15 milhões	120

FONTE: MS-MPAS-MINTER-SEPLAN - "PREV-SAÚDE"

TABELA 84

BRASIL - 1960, 1970 E 1980
Distribuição da Renda e Variação de Renda Média (%)

PEA	PARTICIPAÇÃO NA RENDA PESSOAL			VARIAÇÃO DA RENDA MÉDIA	
	1960	1970	1980	1960/70	1970/80
20	3,9	3,4	2,8	18,1	21,2
30	13,5	11,5	9,8	15,4	25,5
40	43,0	38,4	36,5	20,9	40,0
10	39,6	46,7	50,9	59,7	60,5
5+	28,3	34,1	37,9	63,1	63,7
1+	11,9	14,7	16,9	67,2	69,3

FONTE: Fundação IBGE, Censos Demográficos

Retirado de Serra (1982), pág. 59.

TABELA 85

PARTICIPAÇÃO DOS 20% MAIS POBRES E DOS
10% MAIS RICOS NA RENDA FAMILIAR (%)

	20% -	10% +
Brasil (1970)	3,4	46,7
Índia (1964-65)	6,7	35,2
Honduras (1967)	2,3	50,0
Peru (1972)	1,9	42,9
México (1977)	2,9	36,7
Chile (1968)	4,4	34,8
Inglaterra (1973)	6,3	23,5
Japão (1969)	7,9	27,2
U.S.A. (1972)	4,5	26,6
Noruega (1970)	6,3	22,2

FONTE: World Development Report, 1979 -
Banco Mundial, Agosto de 1979, Bra
sil: Tabela 2

Retirado de Serra (1982), pág. 60.

TABELA 86

Evolução Recente da Situação Financeira do SINPAS

(Cr\$ bilhões correntes)

	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
A - Receita	36.8	55.7	89.5	138.9	213.7	335.8	636.0
B - Despesa	33.7	52.6	90.7	137.8	212.7	332.8	682.8
Resultado							
A - B	3.1	3.1	-1.2	1.1	1.0	3.8	-46.8

FONTE: IAPAS - MPAS

TABELA 87

Taxas Reais de Crescimento da Receita do
Sistema Previdenciário

	(Taxa Média)	(Taxas Anuais)					
	1971-1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Receita de Contribuições	19.8	17.6	13.3	11.0	8.6	7.0	-6.0
Receita Total FPAS	18.2	17.9	13.9	8.8	10.9	1.9	-5.3

FONTE: IAPAS - MPAS

Deflator utilizado IGP-DI

TABELA 88

Taxas Reais de Crescimento das Despesas do SINPAS
(Taxas Anuais %)

	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Despesa Total	22.1	21.9	6.5	11.3	1.6	2.4
INPS	16.7	16.8	10.7	12.9	6.2	1.2
INAMPS	34.6	31.8	3.0	8.6	-6.0	1.6
IAPAS	31.2	32.0	-29.0	-1.7	-31.4	37.9
LBA-FUNABEM	17.6	5.7	73,1	38.8	30.3	22.6

FONTE: IAPAS - MPAS até 1977, Balanços Gerais do FPAS, LBA e FUNABEM para anos posteriores.

- deflator IGP-DI

TABELA 89

Composição % da Despesa do SÍNPAS - Evolução Recente

	1974	1976	1978	1980
INPS	68.2	62.5	65.8	68.0
INAMPS	26.5	31.6	29.8	27.3
IAPAS	4.7	3.9	3.2	3.0
LBA	0.4	0.7	0.8	1.3
FUNABEM	0.2	0.3	0.4	0.4
TOTAL-SÍNPAS	100.0	100.0	100.0	100.0

FONTE: IAPAS/MPAS

TABELA 90

Evolução da Despesa com Benefícios e
da Receita de Contribuições Compulsórias
(Milhões correntes)

	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
A. Receitas Contribuições	32,7	49,1	78,8	124,6	188,0	309,3	582,7
B. Despesas de Benefícios	21,1	32,8	53,9	86,9	138,6	213,8	433,5
B-A	67,4	66,7	68,4	69,8	73,7	69,1	74,4

Fonte: IAPAS/MPAS

TABELA 67
INAMPS: ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL
Serviços Produzidos 1971 - 1980
B R A S I L

SERVIÇOS PRÓPRIOS

ESPÉCIES DE ATENDIMENTO	1971	%	△ %	1972	%	△ %	1973	%	△ %	1974	%	△ %	1975	%	△ %	1976	%	△ %	1977	%	△ %	1979	%	△ %	1980	%	△ %	△ % 71/80
Consultas Médicas	37.327.792	83,53	(100)	38.572.602	73,21	3,33	39.262.243	72,84	1,79	41.575.195	69,74	5,89	49.110.098	53,19	18,12	52.703.104	44,42	7,32	53.547.645	36,94	0,23	52.077.636	33,70	3,15	59.063.389	32,86	13,41	58,23
Cons. Odontológicas	2.532.782	81,41		2.701.010	38,19	6,64	2.993.818	37,35	10,84	2.682.997	29,37	-10,38	2.577.073	18,64	-4,00	2.606.124	14,35	1,13	3.354.404	13,67	11,55	3.770.664	11,92	5,16	5.663.779	16,58	50,21	123,62
Serv. Complementares	7.709.131	73,05		9.187.640	64,77	19,18	9.916.036	61,16	7,93	12.091.171	63,66	21,94	14.883.133	46,57	23,09	17.253.009	40,36	15,92	18.059.936	29,40	-3,45	18.580.819	27,15	6,57	22.306.445	25,92	20,05	189,35
Serv. Odontológicos	4.799.422	77,22		5.010.041	72,97	4,39	5.141.922	75,56	2,63	5.075.284	77,45	-1,30	5.358.084	38,62	5,57	5.313.197	26,15	-0,83	6.073.989	22,93	1,36	7.160.330	21,27	4,81	8.454.580	15,72	18,08	76,16
Exames Radiográficos	1.423.431	44,34		1.576.294	37,86	10,74	1.481.367	32,04	-6,02	1.555.339	31,40	4,99	2.132.153	25,45	42,39	2.203.446	19,25	3,34	2.306.515	15,91	1,49	2.506.876	14,96	7,14	4.208.459	18,38	7,88	195,66
Exames Laboratório	6.031.016	47,62		6.036.327	39,95	0,09	5.465.965	36,31	-9,45	5.962.874	37,50	9,09	7.408.652	27,36	24,24	6.939.997	18,73	-6,32	7.116.372	17,93	5,02	7.856.458	17,03	7,45	9.052.966	17,57	15,23	50,11

SERVIÇOS CONTRATADOS

ESPÉCIES DE ATENDIMENTO	1971	%	△ %	1972	%	△ %	1973	%	△ %	1974	%	△ %	1975	%	△ %	1976	%	△ %	1977	%	△ %	1979	%	△ %	1980	%	△ %	△ % 71/80
Consultas Médicas	7.360.684	16,47	(100)	9.222.927	17,51	25,30	9.371.748	17,39	1,61	10.567.891	17,73	12,75	15.104.407	16,36	42,94	27.759.511	23,40	83,78	34.632.001	28,53	19,79	46.812.946	30,29	12,84	52.093.865	28,98	11,28	607,73
Cons. Odontológicas	578.201	18,59		734.540	10,39	27,04	631.101	7,87	-14,08	558.544	-6,11	-12,99	711.934	5,15	27,46	2.177.233	11,99	205,82	5.001.332	26,49	53,66	8.313.979	26,28	8,56	9.347.482	27,36	12,43	1516,65
Serv. Complementares	2.844.281	26,95		4.997.558	35,23	75,71	6.296.735	38,84	26,00	6.903.351	36,34	9,63	10.759.580	33,67	55,86	16.506.985	38,62	53,42	21.635.310	49,06	34,48	35.591.160	52,01	22,32	36.726.724	42,67	3,19	1191,25
Serv. Odontológicos	1.416.038	22,78		1.855.886	27,03	31,06	1.663.223	24,44	-10,38	1.477.970	22,55	-11,13	2.588.803	18,66	75,16	7.283.355	35,85	181,34	8.930.573	36,24	20,88	12.330.072	36,64	14,22	11.828.207	21,99	-4,07	735,30
Exames Radiográficos	1.786.893	55,66		2.587.161	62,14	44,78	3.142.406	67,96	21,46	3.398.260	68,60	8,14	4.964.131	59,26	46,08	7.169.345	62,64	44,42	7.344.239	63,55	27,27	10.572.430	63,10	3,11	14.619.933	63,87	38,28	718,18
Exames Laboratório	6.634.202	52,38		9.074.887	60,05	36,79	9.588.995	63,69	5,67	9.939.274	62,50	3,65	14.864.611	54,90	47,55	23.243.089	62,73	56,37	20.816.412	58,03	13,65	26.687.819	57,85	12,81	30.811.861	59,82	15,45	364,44

SERVIÇOS CONVENIADOS - CLIENTELA URBANA

ESPÉCIES DE ATENDIMENTO	1971	%	△ %	1972	%	△ %	1973	%	△ %	1974	%	△ %	1975	%	△ %	1976	%	△ %	1977	%	△ %	1979	%	△ %	1980	%	△ %	△ % 75/80
Consultas Médicas	- o -			- o -			- o -			- o -			18.154.692	19,66		25.015.076	21,08	37,79	30.630.618	23,94	13,63	38.245.215	24,75	9,88	49.050.683	27,29	28,25	170,18
Cons. Odontológicas	- o -			- o -			- o -			- o -			2.846.452	20,59		3.806.777	20,96	33,74	7.001.485	30,96	28,28	10.247.933	32,40	14,10	9.987.467	29,24	-2,54	250,87
Serv. Complementares	- o -			- o -			- o -			- o -			6.312.946	19,76		8.983.310	21,02	42,30	10.728.550	21,44	19,10	14.257.456	20,84	11,58	21.003.068	24,40	47,31	232,70
Serv. Odontológicos	- o -			- o -			- o -			- o -			5.927.113	42,72		7.718.968	38,00	30,23	10.050.813	40,83	21,01	14.165.696	42,09	16,47	16.393.027	30,48	15,72	176,58
Exames Radiográficos	- o -			- o -			- o -			- o -			943.700	11,27		1.520.252	13,28	61,09	1.935.174	15,64	15,85	2.816.019	16,81	22,45	3.478.421	15,20	23,52	268,59
Exames Laboratório	- o -			- o -			- o -			- o -			3.478.599	12,85		4.952.925	13,37	42,38	6.170.506	17,94	18,40	8.687.857	18,83	18,80	9.587.077	18,61	10,35	175,00

SERVIÇOS CONVENIADOS - CLIENTELA RURAL

ESPÉCIES DE ATENDIMENTO	1971	%	△ %	1972	%	△ %	1973	%	△ %	1974	%	△ %	1975	%	△ %	1976	%	△ %	1977	%	△ %	1979	%	△ %	1980	%	△ %	△ % 72/80
Consultas Médicas	- o -			4.891.329	9,28		5.265.952	9,77	7,66	7.475.357	12,54	41,96	9.963.990	10,79	33,29	13.170.273	11,10	32,18	13.642.634	10,59	12,87	17.403.781	11,26	13,02	19.543.037	10,87	12,29	299,54
Cons. Odontológicas	- o -			3.637.053	51,42		4.390.090	54,77	20,70	5.894.090	64,52	34,26	7.692.217	55,63	30,51	9.596.579	52,85	24,76	7.925.701	28,88	5,71	9.301.143	29,40	11,01	9.160.826	26,82	98,49	151,87
Serv. Complementares	- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			10.399.921	12,08	—	—
Serv. Odontológicos	- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			17.102.222	31,80	—	—
Exames Radiográficos	- o -			- o -			- o -			- o -			336.278	4,01		553.064	4,83	64,47	611.380	4,91	18,14	859.840	5,13	19,04	584.480	2,55	67,98	73,81
Exames Laboratório	- o -			- o -			- o -			- o -			1.324.180	4,89		1.915.012	5,17	44,62	2.144.792	6,10	16,04	2.899.166	6,28	16,49	2.059.796	4,00	-28,95	55,55

T O T A L

ESPÉCIES DE ATENDIMENTO	1971	%	△ %	1972	%	△ %	1973	%	△ %	1974	%	△ %	1975	%	△ %	1976	%	△ %	1977	%	△ %	1979	%	△ %	1980	%	△ %	△ % 71/80
Consultas Médicas	44.688.476	(100)		52.686.858	(100)	17,98	53.899.843	(100)	2,30	59.618.443	(100)	10,60	92.333.187	(100)	54,84	118.647.964	(100)	28,49	132.592.898	(100)	9,74	154.539.578	(100)	6,27	179.751.174	(100)	16,31	302,23
Cons. Odontológicas	3.110.983			7.072.603		127,34	8.015.009		13,32	9.135.631		13,98	13.827.676		51,35	18.159.713		31,32	23.482.922		23,53	31.633.719		9,04	34.159.554		7,98	998,03
Serv. Complementares	10.553.412			14.185.198		34,41	16.212.771		14,29	18.994.522		17,15	31.955.659		68,23	42.743.304		33,75	50.422.796		17,62	68.429.435		15,37	86.072.003		25,78	715,58
Serv. Odontológicos	6.215.460			6.865.927		10,46	6.805.145		-0,88	6.553.254		-9,70	13.874.000		111,71	20.315.520		46,42	25.055.375		18,89	33.656.098		12,98	53.778.036		59,79	765,23
Exames Radiográficos	3.210.324			4.163.455		29,68	4.623.773		11,05	4.953.599		7,13	8.376.262		69,09	11.446.107		36,64	12.247.307		20,10	16.755.165		13,41	22.891.293		36,62	613,05
Exames Laboratório	12.665.218			15.111.214		19,31	15.054.960		-0,37	15.902.148		5,62	27.076.042		70,36	37.051.024		36,84	38.254.082		12,45	46.131.030		13,14	51.511.700		11,66	306,72

FONTES: Mensários Estatísticos INPS (1971 - 1977)

INAMPS em Dados nº 1 (1978)

INAMPS em Dados nº 2 (1979)

INAMPS em Dados nº 3 (1980)

TABELA 65

INAMPS: ASSISTÊNCIA HOSPITALAR
Serviços Produzidos 1971 - 1980
BRASIL

Evolução do Total de Internações por Clínica e por Tipo de Entidade
prestadora do Serviço (Próprios, Contratados e Conveniados)

SERVIÇOS PRÓPRIOS

CLÍNICAS	1971	%	△ %	1972	%	△ %	1973	%	△ %	1974	%	△ %	1975	%	△ %	1976	%	△ %	1977	%	△ %	1978	%	△ %	1979	%	△ %	1980	%	△ %	△ % 71/80
Médica	16.640	12,24	(100)	17.183	13,01	3,26	19.567	14,05	13,87	24.771	14,02	26,60	25.193	13,73	1,70	24.241	13,60	1,70	27.846	12,87	14,87	40.436	15,96	45,21	45.024	18,77	11,45	65.546	30,01	45,45	293,91
Cirúrgica	76.158	56,02		71.268	53,95	-6,42	70.218	50,36	-1,47	87.353	49,45	24,40	90.569	49,34	3,68	88.683	49,76	-2,08	119.176	55,07	34,38	120.713	47,64	1,29	104.289	43,43	-13,61	84.069	88,50	-19,38	10,39
Obstétrica	39.569	29,11		39.814	30,14	0,62	45.390	32,56	14,01	59.190	33,50	30,40	61.737	33,63	4,30	58.436	32,79	-5,34	61.134	28,25	4,62	84.239	33,25	37,79	82.720	34,45	-1,80	66.825	30,60	23,79	68,88
Psiquiátrica	- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -
Tisiopneumal	3.570	2,63		3.828	2,90	7,23	4.249	3,05	11,00	4.501	2,55	5,93	4.352	2,37	-3,31	4.744	2,66	9,01	5.589	2,78	17,81	5.076	2,00	-10,11	4.583	1,91	-9,17	1.943	0,89	-57,60	-83,74
Oncológica	- o -			- o -			- o -			907	0,51	—	1.702	0,93	87,65	2.103	1,18	23,56	2.675	1,24	27,20	2.898	1,14	8,34	3.452	1,44	19,12	- o -			- o -
TOTAL	135.937	4,64		132.093	2,97	-2,82	139.424	2,95	5,55	176.662	3,40	26,71	183.553	2,75	3,90	178.207	2,13	-2,91	216.420	2,51	21,44	253.362	2,62	17,07	240.098	2,27	-5,23	218.383	1,86	-9,04	60,65

SERVIÇOS CONTRATADOS

Médica	1.123.232	40,18		1.388.998	42,43	23,66	1.607.260	45,04	15,71	1.784.429	45,68	11,02	2.394.493	48,59	34,15	3.108.341	50,30	29,81	3.071.641	49,35	-1,18	3.570.336	51,11	16,24	3.946.129	51,55	10,53	4.583.831	54,39	16,16	308,09
Cirúrgica	629.351	22,51		723.408	22,10	14,95	736.225	20,63	1,77	773.606	19,81	5,08	996.253	20,21	28,78	1.258.953	20,37	26,37	1.158.549	18,61	-7,95	1.240.640	17,76	7,09	1.361.556	17,79	9,75	1.492.667	17,71	9,63	137,18
Obstétrica	881.972	31,55		973.519	29,74	10,38	1.021.437	28,62	4,92	1.122.382	28,73	9,88	1.259.511	25,56	12,22	1.484.981	24,00	17,90	1.646.666	26,46	10,89	1.797.027	25,72	9,13	1.954.616	25,53	8,77	1.957.255	23,23	-0,14	121,92
Psiquiátrica	138.512	4,95		162.183	4,95	17,09	176.636	4,95	8,91	197.699	5,06	11,92	244.545	4,90	23,70	290.469	4,70	18,78	315.820	5,07	8,73	349.962	5,01	10,81	367.864	4,81	5,12	365.668	4,34	-0,59	164,00
Tisiopneumal	22.585	0,81		25.705	0,79	13,81	27.069	0,76	5,31	27.924	0,71	3,16	33.651	0,68	20,51	36.512	0,59	8,47	31.117	0,50	-14,75	28.119	0,40	-9,63	25.473	0,32	-9,41	27.678	0,33	8,66	22,55
Oncológica	- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -
TOTAL	2.795.652	95,36		3.273.813	73,59	17,10	3.568.627	75,63	9,01	3.906.040	75,20	9,45	4.928.459	74,12	26,18	6.179.246	73,95	25,38	6.223.793	72,22	0,72	6.956.084	72,33	12,25	7.655.638	72,42	9,58	8.427.009	71,70	10,08	201,43

SERVIÇOS CONVENIADOS - CLIENTELA URBANA

(75/80)

Médica	- o -			- o -			- o -			- o -			119.920	43,65	(100)	172.989	44,68	44,25	185.683	40,93	7,34	233.165	43,04	25,57	285.175	44,60	22,31	450.433	49,14	57,95	275,61
Cirúrgica	- o -			- o -			- o -			- o -			75.183	27,37		97.193	25,10	29,28	107.933	23,80	11,09	126.072	23,24	16,76	144.593	22,61	14,69	195.741	1,35	35,37	160,35
Obstétrica	- o -			- o -			- o -			- o -			69.336	25,24		108.562	28,04	56,57	148.237	32,69	36,55	173.045	31,94	16,74	199.127	31,14	15,07	253.871	27,70	27,49	266,15
Psiquiátrica	- o -			- o -			- o -			- o -			6.559	2,39		4.514	1,17	-31,17	4.914	1,08	8,86	3.687	0,68	-24,96	4.037	0,63	9,49	10.106	1,10	150,33	54,08
Tisiopneumal	- o -			- o -			- o -			- o -			3.728	1,36		3.947	1,02	5,87	6.830	1,51	73,04	5.773	1,07	-35,47	6.500	1,02	12,59	6.488	0,71	-0,17	74,03
Oncológica	- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -
TOTAL	- o -			- o -			- o -			- o -			276.726	4,13		387.205	4,63	40,94	453.637	5,26	17,16	541.742	5,61	19,42	639.432	6,05	18,03	916.639	7,80	43,35	273,66

SERVIÇOS CONVENIADOS - CLIENTELA RURAL

(72/80)

Médica	- o -			594.504	57,51	(100)	608.711	60,24	2,39	676.019	60,81	11,55	792.785	62,80	17,27	1.051.605	65,26	32,65	1.116.018	64,75	6,13	1.213.774	64,67	8,76	1.307.018	64,19	7,68	1.501.809	8,53	14,90	152,62
Cirúrgica	- o -			162.990	15,63		131.968	13,06	-19,03	131.284	11,80	-0,51	134.571	10,66	2,50	169.681	10,53	26,09	198.556	11,52	17,02	214.571	11,43	8,07	252.745	12,41	17,79	196.414	8,96	-22,28	20,51
Obstétrica	- o -			285.103	27,01		269.595	26,68	-5,43	304.381	27,38	12,90	334.787	26,52	9,90	389.960	24,20	16,48	408.661	23,71	4,80	448.522	23,90	9,75	459.014	22,54	2,34	463.548	21,15	0,99	62,59
Psiquiátrica	- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			11.976	0,59		23.107	1,05	92,94	92,94
Tisiopneumal	- o -			(*) 209			(*) 188			(*) 8			(*) 255			(*) 163			(*) 346			- o -			5.293	0,26		6.452	0,29	21,90	2.987,08
Oncológica	- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -
TOTAL	- o -			1.042.706	23,44		1.010.477	21,42	-3,10	1.111.692	21,40	9,99	1.262.398	18,99	13,56	1.611.409	19,28	27,65	1.723.581	20,00	6,96	1.176.867	19,43	8,89	2.036.046	19,26	8,48	2.191.330	8,64	7,63	110,14
TOTAL BRASIL	2.931.589			4.448.712		51,75	4.718.528		6,07	5.194.394		10,09	6.649.136		28,01	8.356.057		25,67	8.017.431		3,13	9.658.055		12,08	10.571.214		9,45	11.753.451		11,18	164,20

(*) Outras Clínicas

OBS.: A coluna % indica a participação de cada clínica no total de serviços próprios, contratados e conveniados e o total de serviços prestados em cada tipo de serviço no total BRASIL.

INAMPS - EVOLUÇÃO DOS SERVIÇOS PRODUZIDOS
Internações por Região e por Serviços Próprios, Contratados e Conveniados (1971 - 1980)
B R A S I L

SERVIÇOS PRÓPRIOS																															
REGIÕES	1971	%	△%	1972	%	△%	1973	%	△%	1974	%	△%	1975	%	△%	1976	%	△%	1977	%	△%	1978	%	△%	1979	%	△%	1980	%	△%	△871/80
Norte	- o -		(100)	- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			- o -			
Nordeste	54.758	1,87		56.762	1,28	3,66	61.243	1,30	7,89	70.343	1,35	14,86	62.585	0,94	-11,02	51.631	0,62	-17,50	51.362	0,60	0,52	60.997	0,63	18,78	62.070	0,59	1,76	65.465	0,56	5,47	19,55
Sudeste	80.700	2,75		74.562	1,68	8,23	77.500	1,64	4,03	95.539	1,84	23,27	106.774	—	11,76	115.514	1,38	8,19	150.793	1,75	30,54	170.899	1,77	13,33	154.305	1,46	-9,70	126.202	1,07	-18,21	56,36
Rio de Janeiro	62.960	2,15		54.471	1,22	15,58	55.597	1,18	2,07	77.931	1,50	40,17	91.634	1,38	17,58	98.585	1,18	7,59	133.413	1,55	35,33	137.185	1,42	2,83	121.337	1,15	-13,52	94.517	0,80	-22,10	50,12
São Paulo	15.113	0,52		17.140	0,39	13,41	18.462	0,39	7,71	13.515	0,26	-26,79	11.239	0,17	-16,84	12.921	0,15	14,97	12.901	0,15	-0,15	20.936	0,22	62,28	19.445	0,18	-7,12	17.535	0,15	-9,82	16,03
Sul	479	0,02		769	0,02	60,54	681	0,01	-11,44	5.796	0,11	(*)	6.726	0,10	16,05	4.644	0,06	-30,95	5.131	0,06	10,49	8.185	0,08	59,52	10.042	0,09	22,69	13.468	0,11	34,12	2711,69
Centro-Oeste	- o -			- o -			- o -			4.988	0,10	—	7.468	0,11	—	6.418	0,08	-14,05	9.134	0,11	42,32	13.281	0,14	45,40	13.681	0,13	3,01	13.248	0,11	-3,16	165,60
B R A S I L	135.937	4,64		132.093	2,97	-2,82	139.424	2,95	5,55	176.662	3,40	26,71	183.553	2,76	3,90	178.207	2,13	-2,91	216.420	2,51	21,41	253.362	1,59	17,07	240.098	2,27	5,52	218.383	1,85	9,94	60,65

SERVIÇOS CONTRATADOS																															
Norte	66.469	2,27	(100)	80.828	1,82	21,60	81.921	1,74	1,35	91.466	1,76	11,65	114.423	1,72	25,10	130.653	1,56	14,18	132.807	1,54	—	149.751	1,55	12,76	172.041	1,63	14,88	177.505	1,51	13,18	167,05
Nordeste	373.619	12,74		444.306	9,99	18,92	490.574	10,40	11,04	535.635	10,31	9,19	703.569	20,58	31,35	885.042	10,59	25,79	901.687	10,46	—	1.058.091	10,96	17,35	1.198.228	11,33	13,24	1.244.080	10,58	3,83	232,98
Sudeste	1.609.647	54,91		1.868.330	42,00	16,07	2.010.876	42,62	7,63	2.166.760	40,75	7,75	2.681.456	40,33	23,75	3.250.726	38,90	21,23	3.351.526	38,89	3,10	3.676.258	38,06	9,69	3.940.877	37,20	7,20	4.319.022	36,75	9,60	168,32
Rio de Janeiro	373.550	12,74		412.482	9,97	10,42	433.182	9,18	5,02	488.175	9,40	12,70	605.827	9,11	24,10	673.486	8,06	11,17	673.818	7,82	0,05	713.207	7,38	5,85	744.300	7,04	4,36	865.883	7,37	16,34	131,80
São Paulo	871.760	29,74		1.011.602	22,74	16,04	1.090.355	23,11	7,88	1.191.547	22,94	9,28	1.404.846	21,13	17,90	1.745.202	20,89	24,23	1.822.697	21,15	4,44	2.005.024	20,76	10,00	2.161.233	20,44	7,79	2.313.061	19,68	7,03	165,33
Sul	607.508	20,72		722.064	16,23	18,86	806.769	17,10	11,73	920.015	17,71	14,04	1.164.499	17,51	26,67	1.544.915	18,49	32,67	1.453.061	16,86	-5,94	1.613.865	16,71	11,07	1.772.214	16,76	9,81	2.035.773	17,32	14,87	235,10
Centro-Oeste	138.409	4,72		158.285	3,56	14,36	178.487	3,78	12,76	192.164	3,70	7,66	264.512	3,98	37,65	367.910	8,08	39,09	384.712	4,46	4,57	488.119	5,05	26,88	572.278	5,41	17,24	650.719	5,54	13,71	370,14
B R A S I L	2.795.652	95,36		3.273.813	73,59	17,10	3.568.627	75,63	9,01	3.906.040	75,20	9,46	4.928.459	74,12	26,18	6.179.246	73,95	25,38	6.233.793	72,22	0,72	6.986.084	72,35	12,25	7.655.638	72,42	9,58	8.427.099	71,70	10,08	201,44

SERVIÇOS CONVENIADOS - CLIENTELA URBANA																															
Norte	- o -			- o -			- o -			- o -			9.586	0,14	(100)	23.407	0,28	144,70	16.867	0,20	-28,09	30.746	0,32	82,28	43.342	0,41	40,97	68.845	0,59	58,84	618,18
Nordeste	- o -			- o -			- o -			- o -			15.059	0,23		37.502	0,45	149,03	70.695	0,82	88,51	82.774	0,86	17,09	98.426	0,93	18,91	109.592	0,93	11,34	627,75
Sudeste	- o -			- o -			- o -			- o -			243.165	3,52		307.082	3,67	31,14	339.454	3,94	10,54	388.289	4,02	14,39	436.721	4,13	12,47	659.593	5,61	51,03	181,68
Rio de Janeiro	- o -			- o -			- o -			- o -			20.721	0,31		35.480	0,42	71,23	49.196	0,57	38,66	54.290	0,56	10,35	65.666	0,62	20,95	186.933	1,59	184,67	802,14
São Paulo	- o -			- o -			- o -			- o -			199.764	3,00		241.977	2,90	21,13	256.034	2,98	6,18	292.903	3,03	14,00	321.399	3,04	9,73	399.814	3,40	24,40	100,14
Sul	- o -			- o -			- o -			- o -			14.805	0,22		15.762	0,19	6,46	20.167	0,23	27,95	24.310	0,25	20,54	32.981	0,31	35,67	53.109	0,45	61,03	258,72
Centro-Oeste	- o -			- o -			- o -			- o -			1.111	0,02		3.402	0,04	206,21	6.454	0,77	89,71	15.623	0,16	142,71	27.962	0,26	78,98	25.500	0,22	-8,80	2195,23
B R A S I L	- o -			- o -			- o -			- o -			274.726	4,13		387.205	4,63	40,94	453.637	5,26	17,16	541.742	5,61	19,42	639.432	6,05	18,03	916.639	7,80	43,35	133,66

SERVIÇOS CONVENIADOS - CLIENTELA RURAL																															
Norte	- o -			46.514	1,05	(100)	58.155	1,23	25,02	59.342	1,14	2,04	43.132	0,65	-27,31	58.404	0,70	35,40	74.321	0,77	27,25	83.721	0,87	12,64	95.064	0,90	13,54	95.564	0,81	0,53	105,45
Nordeste	- o -			306.380	6,80		245.362	5,20	-19,91	265.856	5,12	8,35	319.166	4,81	20,05	385.111	4,61	20,66	432.381	5,02	12,27	474.913	4,92	9,83	499.387	4,72	5,15	524.159	4,45	4,96	71,08
Sudeste	- o -			338.071	7,60		321.728	6,82	-4,83	381.602	7,35	18,61	439.700	6,61	15,20	559.302	6,69	27,20	568.795	6,60	1,60	648.832	6,72	14,04	719.009	6,80	10,81	719.236	6,12	0,02	112,75
Rio de Janeiro	- o -			18.778	0,42		24.592	0,52	30,96	28.568	0,55	16,16	27.750	0,42	-2,84	32.704	0,39	17,85	48.119	0,56	47,13	98.853	1,02	105,43	118.190	1,12	19,56	42.090	0,36	-64,38	124,15
São Paulo	- o -			179.034	4,02		159.283	3,38	-11,03	172.107	3,31	8,08	196.472	2,95	14,15	245.988	2,94	25,20	222.553	2,58	-9,52	263.385	2,78	18,34	256.919	2,43	-2,45	289.812	2,47	12,80	61,88
Sul	- o -			290.989	6,54		345.303	7,32	18,66	355.741	6,85	3,02	397.965	5,99	11,86	522.996	6,26	31,41	557.719	6,47	6,67	554.294	5,74	-0,60	559.527	5,29	8,16	733.970	6,24	31,18	150,23
Centro-Oeste	- o -			60.852	1,37		39.929	0,85	-34,38	49.151	0,95	23,09	62.435	0,94	31,09	85.596	1,02	37,09	90.365	1,00	5,57	115.107	1,19	27,88	123.059	1,16	6,90	118.401	1,01	-3,78	94,57
B R A S I L	- o -			1.042.806	23,44		1.010.477	21,42	-3,10	1.111.692	21,40	10,01	1.262.398	18,99	13,55	1.611.409	19,28	27,64	1.723.581	20,00	6,91	1.876.867	19,43	8,89	2.036.046	19,26	8,48	2.191.330	18,64	7,63	301,93
TOTAL																															

(*) 8.415.121 - Crescimento de 1973/74

FONTES: Mensário Estatístico nº 298/300 - 1977; nº especial 1977

INAMPS em Dados nº 1, nº 2 e nº 3

OBS.: A Coluna % representa a participação de cada região em cada tipo de serviço no Total BRASIL.